

LA NUEVA REGULACION DE LA TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL Y LOS PROBLEMAS FINANCIEROS DE LA SANIDAD PÚBLICA

Pablo Acosta Gallo

Profesor titular de Derecho Administrativo
Universidad Rey Juan Carlos

Resumen: El Estado de bienestar está sufriendo en toda Europa las consecuencias de la crisis financiera. En este artículo se da cuenta de la nueva regulación de la tarjeta sanitaria y se analiza si la reducción del gasto sanitario afecta a los derechos de los usuarios. La disminución del gasto público en relación con las necesidades no sólo perjudica las prestaciones a las que los ciudadanos razonablemente aspiraban, sino que modifica los fundamentos del sistema mediante la revisión del actual equilibrio entre lo público y lo privado.

Palabras clave: salud, sanidad, derecho a la salud, Sistema Nacional de Salud, servicio público, sanidad pública, tarjeta sanitaria, recortes.

Title: The new regulation of the personal sanitary card and budget cutbacks in public healthcare

Abstract: The welfare state is facing the consequences of the financial crisis all across Europe. This paper informs about the new regulation of the healthcare personal card in Spain and analyzes its impact over the citizen's rights framework. The reduction of public spendings not only affects the services reasonably expected by users, but also modifies the fundamentals of the public health system, revising the balance between public and private.

Key words: health, healthcare, right to health, national health system, public service, public healthcare, sanitary card health, cutbacks.

SUMARIO: 1. Planteamiento de la cuestión: la tarjeta sanitaria y los derechos de los usuarios 2. ¿Qué es la tarjeta sanitaria? 3. La tarjeta sanitaria y la historia clínica 4. Características y novedades de la tarjeta individual sanitaria única 5. La administración sanitaria: recortes y reformas 6. El problema financiero de la sanidad pública.

1. Planteamiento de la cuestión: la tarjeta sanitaria y los derechos de los usuarios

El denominado Estado de bienestar, construido trabajosamente a lo largo del siglo XX, sufre los embates de la crisis financiera. En este artículo se analiza si la nueva regulación de la tarjeta sanitaria altera el anterior cuadro de derechos y obligaciones de los usuarios.

Se parte aquí de una hipótesis: la disminución del gasto público en relación con las necesidades no sólo aminora las prestaciones a las que los ciudadanos razonablemente aspiraban, sino que sirve de excusa para modificar los fundamentos mismos del sistema en base a la imposición de un pensamiento político según el cual debe revisarse el actual equilibrio entre lo público y lo privado.

La tarjeta sanitaria individual, siendo un mero documento acreditativo de la identidad del ciudadano, condiciona el acceso a los servicios públicos de salud, pues la normativa reguladora determina las condiciones personales necesarias para obtener dicha tarjeta, dejando excluidos de la prestación sanitaria a quienes no reúnan tales condiciones. Viene aquí a la memoria lo que afirmaba el profesor Gómez-Ferrer¹: *"hasta las instituciones que puedan parecer más técnicas y neutrales adquieren su verdadero sentido cuando se contemplan a la luz de los valores constitucionales y de los derechos y principios en que se concretan"*. La tarjeta sanitaria, que en apariencia es un simple instrumento técnico, puede tener una incidencia en los derechos de los ciudadanos cuyos efectos son objeto del presente estudio.

2. ¿Qué es la tarjeta sanitaria?

La tarjeta sanitaria individual es un documento acreditativo de la identidad del portador cuya principal función es permitir, mediante su exhibición, el acceso a una prestación concreta de las ofrecidas por los servicios sanitarios públicos. Hasta aquí, ninguna diferencia hay con lo dispuesto en las leyes en relación con la acreditación de la identidad ante cualquier Administración Pública. El artículo 70.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de régimen jurídico de las administraciones públicas y del procedimiento administrativo común, dispone que el ciudadano que formule una solicitud dirigida a un ente público deberá hacer constar su nombre y apellidos. El documento que con carácter genérico acredita la identidad del titular es el regulado mediante Real Decreto 1553/2005, de 23 de diciembre, por el que se regula la expedición del documento nacional de identidad y sus certificados de firma electrónica. Este decreto contempla que otras normas jurídicas exijan otros documentos de identificación para supuestos concretos y, de esta forma, el documento nacional de identidad convive con otros como el permiso de conducir, o el de armas, o las tarjetas profesionales. Hasta aquí, la tarjeta sanitaria es un documento más. ¿En qué radica entonces el interés de su regulación? En el hecho de que los

¹ Gómez-Ferrer, Rafael: "Incidencia de la Constitución sobre el Derecho Administrativo", *Revista de Administración Pública*, núm. 150: 159-208 (1999), pág. 161.

avances tecnológicos permiten convertir este documento en una tarjeta "inteligente". El uso de una tarjeta electrónica aporta la capacidad de almacenar datos; unos garantizan la seguridad del documento y de las transacciones que con él se realizan, mientras que otros permiten recoger información de todo tipo.

EL Consejo de Ministros ha aprobado en fecha reciente el Real Decreto 702/2013, de 20 de septiembre, por el que se establece un modelo único de tarjeta sanitaria individual para todas las autonomías. El primer intento de regulación nacional de la tarjeta sanitaria individual se realizó en 2003, cuando el Ministerio de Sanidad pretendió poner de acuerdo a todas las autonomías sobre esta cuestión. La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, recogió en su artículo 4º el derecho del ciudadano a recibir asistencia sanitaria en su comunidad autónoma de residencia, y también a recibir, por parte del servicio de salud de la comunidad autónoma en la que se encuentre desplazado, la asistencia sanitaria del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud que pudiera requerir, en las mismas condiciones e idénticas garantías que los ciudadanos residentes en esa comunidad autónoma.

Con base en esta norma, el Ministerio de Sanidad intentó la aprobación de un modelo común de tarjeta sanitaria, pues cada autonomía tenía hasta entonces la suya. Un modelo único para todo el Sistema Nacional de Salud permitiría hacer efectivo el derecho del ciudadano a obtener prestaciones sanitarias en cualquier lugar del territorio nacional, y además haría posible la interoperabilidad de los datos sanitarios en toda Europa, como venía reclamando la Comisión Europea. Sin embargo, el intento fue fallido, pues sólo seis comunidades (Madrid, Castilla y León, Cantabria, La Rioja, Murcia y Canarias) se sumaron a la propuesta del Ministerio. La falta de unanimidad hizo inviable el proyecto, pues las competencias sanitarias en nuestro país, como es sabido, pertenecen en gran medida a las comunidades autónomas.

En esta última década, prácticamente todos los gobiernos han anunciado la implantación de la tarjeta única, sin que los sucesivos anuncios hayan encontrado eco en una normativa específica hasta el momento. El Consejo de Ministros aprueba ahora, con el visto bueno obtenido en febrero del Consejo Interterritorial de Salud, una nueva tarjeta sanitaria individual que, en lo esencial, dista poco del intento fallido hace una década, pues el consenso ha sido posible precisamente porque se ha optado por incorporar en la tarjeta tan sólo los datos básicos: la autonomía que lo emite, el código de identificación personal asignado por la administración sanitaria, nombre y apellidos del paciente y su código de identificación personal único del Sistema Nacional de Salud. Se ha renunciado a incorporar un chip con la información sanitaria del paciente, cosa que reclamaron en su día muchas autonomías pero que no todas aceptaron.

En cualquier caso, a los diez años transcurridos para que las autonomías se pusieran de acuerdo habrá que añadir otros cinco años más, los que se da el decreto, para que se complete el cambio de tarjetas. Una larga espera para una

tarjeta que puede incorporar avances tecnológicos beneficiosos para el usuario y para el propio sistema.

Las autonomías que bloquearon el proyecto de 2003 alegaron que era poco ambicioso porque la tarjeta no incluía información clínica del paciente. Sin embargo, no puede ignorarse que el problema de fondo era la negativa del Ministerio a sufragar con fondos estatales los cambios tecnológicos que implicaba la implantación de un modelo único de tarjeta, cuyo coste, por tanto, había de corresponder a las comunidades.

3. La tarjeta sanitaria y la historia clínica

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, modificó el panorama legislativo anterior en cuanto a la historia clínica. En lo que aquí nos interesa, se ha planteado en la doctrina la cuestión de la coordinación de historiales clínicos entre distintas instituciones y el problema que esto plantea. J. Méjica y J.R. Díez² señalan que los avances científicos, tecnológicos y sociales han potenciado la movilidad y crean situaciones en las que la movilidad del paciente -por causas laborales, turísticas o de cambio de residencia- plantea la necesidad de compartir el historial clínico entre distintas instituciones y centros. La cuestión es que la información clínica contenida en el historial del paciente puede ser relevante o incluso determinante en el tratamiento médico que pueda requerir. Sin embargo, consideraciones relativas a la intimidad impiden que el intercambio de datos sea enteramente libre.

La Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, determina en su artículo 11.1 que los datos de carácter personal sólo podrán ser comunicados a un tercero para el cumplimiento de fines directamente relacionados con las funciones legítimas del cedente y del cesionario y con el previo consentimiento del interesado. Pero el mismo artículo excepciona esta regla en dos supuestos: uno genérico -"Cuando el tratamiento responda a la libre y legítima aceptación de una relación jurídica cuyo desarrollo, cumplimiento y control implique necesariamente la conexión de dicho tratamiento con ficheros de terceros. En este caso la comunicación sólo será legítima en cuanto se limite a la finalidad que la justifique"- y otro específico -"Cuando la cesión de datos de carácter personal relativos a la salud sea necesaria para solucionar una urgencia que requiera acceder a un fichero o para realizar los estudios epidemiológicos en los términos establecidos en la legislación sobre sanidad estatal o autonómica"- . Cabe conciliar por tanto la intimidad del paciente con el hecho de que el historial clínico sea compartido, siempre con la finalidad de que el servicio sanitario sea eficaz.

En este punto, la Ley 41/2002 asigna la responsabilidad de elaborar y custodiar la historia clínica al centro, pero también establece (disposición adicional tercera): "El Ministerio de Sanidad y Consumo, en coordinación y con la

² Méjica, J. y Díez, J.R.: *El estatuto del paciente*, Thomson Civitas (2006).

colaboración de las Comunidades Autónomas competentes en la materia, promoverá, con la participación de todos los interesados, la implantación de un sistema de compatibilidad que, atendida la evolución y disponibilidad de los recursos técnicos, y la diversidad de sistemas y tipos de historias clínicas, posibilite su uso por los centros asistenciales de España que atiendan a un mismo paciente, en evitación de que los atendidos en diversos centros se sometan a exploraciones y procedimientos de innecesaria repetición". En coherencia con lo expuesto, la ya citada Ley 16/2003 contempla la coordinación de "los mecanismos de intercambio electrónico de información clínica y de salud individual, previamente acordados con las comunidades autónomas, para permitir tanto al interesado como a los profesionales que participan en la asistencia sanitaria el acceso a la historia clínica en los términos estrictamente necesarios para garantizar la calidad de dicha asistencia y la confidencialidad e integridad de la información, cualquiera que fuese la Administración que la proporcione". La finalidad de esta coordinación es "que los ciudadanos reciban la mejor atención sanitaria posible en cualquier centro o servicio del Sistema Nacional de Salud".

Uno de los recursos técnicos para la movilidad de la historia clínica es la tarjeta sanitaria inteligente mediante la cual el paciente no sólo acredita su identidad sino que proporciona al centro sanitario en tiempo real información relevante para su tratamiento. De ahí la importancia de la tarjeta única con implantación en todo el territorio nacional.

4. Características y novedades de la tarjeta individual sanitaria única

La asunción por las comunidades autónomas de las competencias en materia sanitaria, en aplicación del art. 148.1.21º CE, proceso que culminó en 2002, acabó generando ciertas disfunciones en la asistencia sanitaria. En concreto, las diferencias entre unas y otras regiones provocaban que ciudadanos desplazados a una comunidad autónoma distinta de la de su residencia se vieran penalizados en las prestaciones o en la adquisición de medicamentos. En su informe anual de 2011, la Defensora del Pueblo daba cuenta de las numerosas quejas planteadas al respecto y reclamaba la garantía total de los servicios sanitarios en todo el territorio nacional.³ Sirva como ejemplo que el calendario de vacunación infantil varía según comunidades, al igual que los protocolos de actuación ante determinadas patologías.

Estas disfunciones son contrarias al art. 139.1 CE, según el cual todos los españoles tienen los mismos derechos en cualquier parte del Estado y ninguna autoridad puede adoptar medidas que, directa o indirectamente, perjudiquen la libre circulación. Por tanto, la corrección de las desigualdades del sistema era un imperativo jurídico.

El Real Decreto 702/2013, de 20 de septiembre, por el que se modifica el Real Decreto 183/2004, de 30 de enero, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual, culmina la implantación de un modelo único a nivel nacional. La

³ Resumen del Informe 2011 del Defensor del Pueblo, página 86.

implantación de una tarjeta sanitaria única implica la generación de un código de identificación personal único para el Sistema Nacional de Salud y el desarrollo de una base de datos que contenga la información básica de los usuarios del sistema sanitario, de tal manera que los servicios regionales de salud mantengan un intercambio de información sobre la población protegida. Se pretende posibilitar de esta manera el ejercicio del derecho de los ciudadanos a acceder al servicio de salud de la comunidad autónoma en la que se encuentren desplazados y a obtener la asistencia sanitaria en relación con el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud que pudieran requerir, en las mismas condiciones e idénticas garantías que los ciudadanos residentes en esa comunidad autónoma.

Esto implica la necesaria normalización de los datos básicos y la disponibilidad de la lectura, en todo el territorio del Estado, de los dispositivos electrónicos que incorporen las tarjetas para almacenar la información. También requiere la creación de la base de datos de población protegida por el Sistema Nacional de Salud y el proceso de asignación de un código de identificación personal del Sistema Nacional de Salud. Las nuevas tarjetas serán por tanto válidas en todo el territorio nacional y contendrán un código único que acompañará a la persona a lo largo de su vida.

La tarjeta electrónica permite grabar datos de la historia clínica del paciente y también acceder vía internet a la base de datos que contenga este historial desde cualquier punto del territorio nacional. En este sentido, la tarjeta única aporta indudables ventajas a los pacientes y a los propios servicios de salud. Sin embargo, esta herramienta de indudable utilidad ha tardado años en ser implantada por la dificultad de poner de acuerdo a todas las regiones.

La tarjeta también puede ser utilizada para controlar la participación del usuario en el coste del servicio o del producto, pues incorpora datos del Ministerio de Hacienda que permiten calcular el copago en función de la renta personal.

La obtención de la tarjeta está sujeta a los requisitos que se establecieron en el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud. Como es sabido, esta reforma expulsó del sistema a los inmigrantes irregulares a la vez que eliminaba el denominado "turismo sanitario" de aquellos europeos que aprovechaban su estancia en España para someterse a operaciones quirúrgicas. Ya no basta con estar empadronado en España para obtener la tarjeta, sino que hay que poseer un domicilio fiscal.

5. La administración sanitaria: recortes y reformas

Política y presupuesto son dos conceptos indisolubles. Las políticas públicas, probablemente sin excepción, consisten en la asignación de partidas contables a fines concretos. Hacer política es, principalmente, gastar dinero. El único departamento que se libra de esta regla es el Ministerio de Hacienda, cuyas

prioridades son: (1) recaudar más y mejor y (2) refrenar la siempre creciente tendencia al gasto de los demás departamentos ministeriales.

Los gobiernos, acuciados por la merma de ingresos públicos, se ven ante una encrucijada; gastar menos en general, gastar menos en una partida concreta, abandonar una política pública concreta o abordar reformas estructurales. Esta última es la opción menos probable, porque las reformas estructurales no dan beneficios a corto plazo, requieren más de un ciclo electoral para completarse y no son siempre comprendidas por el votante. En resumen, no dan réditos electorales. Abandonar una política pública, liberando el correspondiente gasto, también es impopular; aunque afecte sólo a una minoría, las minorías se hacen oír, y la opinión pública se pondrá normalmente de su parte. Así que sólo queda una tercera opción: gastar menos.

El problema con la idea de "gastar menos en general" es que hay partidas que se consideran intocables, bien porque afectan a la seguridad del Estado (gastos militares), bien porque afectan a políticas que el gobierno considera irrenunciables, o porque las normas y decisiones de la Unión Europea, o la reacción de los grupos de presión, no dan margen de actuación. De esta manera, la única opción que los gobiernos acaban considerando es la de decidir a qué partida se imputa la disminución presupuestaria. Esto es, el recorte. Y como la palabra recorte tiene una connotación negativa, el márketing político se encarga de disfrazar los recortes de reformas, ya que este último término no tiene la carga semántica negativa del primero.

La principal crítica que cabe hacer a las medidas de recorte presupuestario es que, por sí solas, no mejoran la eficiencia económica. Es más, el recorte presupuestario lleva implícito un reconocimiento de ineficiencia en la medida en que se pretenda que el servicio funcione igual con menos gasto. Si lo que funcionaba con 100 puede funcionar con 80, significa que se malgastaban 20. Pero quienes conocen cómo se gestiona lo público saben que, salvo casos de corrupción o empleo desviado de los fondos públicos, esto nunca es así. La disminución presupuestaria revierte de modo inevitable en la prestación del servicio, y los ciudadanos acaban recibiendo menos por el mismo precio.

En cualquier caso, la prueba empírica de que los servicios públicos pueden funcionar igual con menos dinero es absurda o imposible de verificar. Y aquí surge una cuestión fundamental: ¿es posible mejorar la eficiencia en los servicios públicos? O lo que es lo mismo: ¿cabe prestar los mismos servicios a menor coste? La respuesta la dan los instrumentos de evaluación de políticas públicas. Hemos señalado en un anterior trabajo⁴ que la evaluación de políticas públicas es una rareza en nuestro país. En algunas regiones de España se implantaba el pago de un euro por receta médica expedida a la vez que en Alemania se retiraba el copago tras haber evaluado su impacto transcurridos unos años de su implantación, pues se había comprobado que los beneficios previstos habían sido superados por los inconvenientes. En España no existe

⁴ Acosta Gallo, Pablo: "Restricciones de gasto, gestión privada y copago en el Sistema Nacional de Salud", *Revista CESCO de Derecho de Consumo*, núm. 4/2012.

una cultura de la evaluación, por razones que no cabe analizar aquí por razones de espacio, pero de las que cabe destacar una: el divorcio entre lo técnico y lo político. Todo nivel administrativo con capacidad de decisión es copado por cargos políticos mediante el sistema de libre designación, relegando a los técnicos a niveles inferiores o de simple asesoramiento. En muchos casos, las decisiones no responden por tanto a criterios técnicos, sino a directrices políticas o de partido.

El problema no está en el recorte presupuestario en sí, sino en las razones que llevan a recortar en una o en otra partida. Cuando los instrumentos técnicos que pueden alumbrar la elección no existen, en especial la evaluación, las razones del recorte son arbitrarias y, a menudo, equivocadas.

En nuestro país, las medidas de ahorro se han centrado de modo principal en cinco aspectos: los copagos, la revisión de la cartera de servicios, la exclusión de los inmigrantes en situación irregular, el cierre de centros de salud en horario de tardes o de urgencias permanentes y la reducción de costes de personal mediante la limitación de la tasa de reposición de jubilaciones y bajas.

Sin pronunciarse sobre la procedencia de estas medidas, la OCDE ha alertado sobre los efectos de los recortes sanitarios en su reciente informe *Health at a glance 2013*. Este trabajo compara datos del funcionamiento de los sistemas sanitarios de los 34 Estados miembros y se presenta ahora en su séptima edición. Una de las conclusiones del informe es que los recortes en las prestaciones de los servicios públicos de salud y en la financiación de sus costes están afectando el acceso a la atención sanitaria. Tras décadas de declive constante, las listas de espera media para algunas operaciones quirúrgicas en Portugal, España, Inglaterra e Irlanda muestran incrementos. En el caso concreto de España y Portugal, la demora mejoró y se redujo entre los años 2006 y 2010, pero desde entonces se ha venido incrementando. Este hecho se ve corroborado por las últimas estadísticas que difundió el Ministerio español de Sanidad a principios de 2013. Un dato superaba a todos los precedentes: 571.395 personas estaban a la espera de pasar por el quirófano. El incremento del tiempo medio de espera también fue extraordinariamente elevado: de 76 días a mediados de 2012 pasó a los 100. Según datos del informe de la OCDE, el tiempo de espera en las operaciones de cataratas y de prótesis de cadera en Holanda en el periodo analizado es de 30 y 45 días respectivamente, mientras que en España los tiempos llegan a los 90 y 125 días.

El informe afirma que hay evidencias de que cada vez más personas en Grecia e Italia se ven privadas de cuidados médicos debido no sólo a la reducción de las rentas familiares, sino también a los costes de los servicios. Los ciudadanos con bajas rentas son los más afectados, a pesar de que también son los que probablemente tienen mayores necesidades en materia de salud, y están viéndose privados de cuidados necesarios, principalmente medicamentos y revisiones rutinarias en casos de patologías crónicas. Esta situación, concluye el informe, puede tener consecuencias negativas a largo plazo sobre la salud y la economía de los grupos vulnerables de la sociedad.

Se calcula que la entrada en vigor del Real Decreto-Ley 16/2012 ha supuesto que 2.300 personas pierdan cada día su tarjeta sanitaria y 873.000 ya hayan sido retiradas desde septiembre de 2012.⁵

La percepción de los ciudadanos ante los recortes coincide con los informes de los expertos; las quejas al Defensor del Pueblo relacionadas con la sanidad aumentaron en 2013 un 59% respecto al año pasado, según informó en el Congreso la responsable de esta institución, Soledad Becerril.⁶

Cabe concluir que los recortes en sanidad obedecen al propósito ideológico de adelgazar el Estado del bienestar. En Europa se presentó como objetivo irrenunciable el de salvar la banca, aunque algún autor ha señalado que no había razón alguna para hacerlo.⁷ Las ingentes cantidades de dinero público que se inyectaron en forma de créditos en la banca infectada por los activos tóxicos de la burbuja inmobiliaria nunca fueron devueltos. Parece innecesario señalar que, a pesar de la fuerza de los acontecimientos, las decisiones políticas en una democracia son libres. Se optó por un rescate bancario a costa de servicios a los ciudadanos, bajo la amenaza de que un colapso bancario traería males mayores a la ciudadanía.

6. El problema financiero de la sanidad pública

Como hemos afirmado más arriba, las políticas públicas requieren dinero público. Las decisiones políticas requieren financiación, y el problema del gasto público que genera el Sistema Nacional de Salud ha sido objeto de especial atención en las últimas décadas. De los dos factores que aquí operan -demanda y disponibilidad presupuestaria- el primero es elástico y el segundo no. O lo que es lo mismo, las expectativas de cuidados de salud de una población cada vez más envejecida crecen de modo constante y elevan el gasto de modo constante, mientras que, especialmente en época de crisis, las partidas presupuestarias tienden a no crecer o incluso a disminuir. De esta forma, el enfoque económico sobre la salud está plenamente justificado. Como señalaba entre nosotros el profesor Martín Mateo, si bien la salud, según el conocido tópico, no tiene precio (en cuanto a la intangibilidad del sufrimiento, el dolor y su incidencia en la calidad de vida), en realidad tiene implicaciones sobre elementos perfectamente

⁵ Datos que ofrece Médicos del Mundo, según informa Diario Médico, 25 de septiembre de 2013. Esta ONG advierte que los principales afectados por la recesión suelen ser los pensionistas, las personas dependientes a su cargo, los inmigrantes, las familias con bajos ingresos y los pacientes con enfermedades crónicas que ya consumen otros medicamentos sometidos a copagos. También señala que *"no todos los países en épocas de crisis han decidido recortar"* y que, en aquéllos en los que se ha hecho, como Grecia, *"han aparecido enfermedades que ya no existían, como la malaria, y han aumentado otras como el VIH, que ha subido un 50 por ciento entre el año 2010 y el 2011"* por un deficiente funcionamiento del servicio público de salud.

⁶ Durante su comparecencia de 22 de octubre de 2013 ante la Comisión Mixta de las Cortes para las Relaciones con el Defensor del Pueblo, la titular de la institución hizo balance de las reclamaciones interpuestas este año ante su oficina, con datos hasta el anterior mes de septiembre. En el periodo enero-septiembre 2013 se habían presentado 21.459 quejas, un 10,5% más que en el mismo periodo de 2012. Las que mostraron un mayor incremento fueron las relacionadas con la sanidad, que aumentaron un 59,5%.

⁷ Saul, John R: *El colapso de la globalización y la reinención del mundo*, RBA (2012).

mensurables, como la pérdida en horas de trabajo o los costes directos del tratamiento médico o farmacéutico. Todo esto justifica sin duda calificar la salud no sólo como bien personal, sino también como bien económico.

Una compleja serie de factores contribuyen al encarecimiento del gasto sanitario público. Martín Mateo ha señalado los siguientes: el envejecimiento demográfico, el incremento de los procesos crónicos degenerativos, el mayor uso de los centros sanitarios, la mayor cantidad y calidad de los servicios ofrecidos, la superespecialización profesional, la medicalización de los problemas sociales y la falta de normas adecuadas de planificación y gestión.⁸

El de sanidad constituye un servicio público de innegable necesidad, pero también de alto coste, lo que explica que, a pesar de la notable evolución técnica y científica de los conocimientos médicos, muchos países carezcan de sistemas sanitarios adecuados para atender las necesidades de salud de su población. Los sistemas sanitarios avanzados son patrimonio exclusivo de los países ricos.

Durante las últimas décadas se han producido cambios profundos en la forma de concebir la salud y la enfermedad y en el tipo de respuesta dado a estos problemas, tanto desde las posiciones individuales o familiares como desde las gubernamentales. Pero resulta común a todas estas perspectivas el límite práctico con el que se enfrentan, que es subvenir adecuadamente todas las necesidades que genera el sistema. En el momento en que se estableció el *National Health Service* británico, en 1948, existía la firme creencia general de que, una vez tratado el exceso de enfermedades entre las clases pobres, los costes del servicio se reducirían. No sólo no fue así, sino que el exceso de enfermedades se ve ahora como la capa externa de una cebolla; cuanto mayor es la prosperidad, mayores son las expectativas de disfrutar de una buena salud; cubiertas unas necesidades, aparecen otras.⁹

Como ha observado el profesor Muñoz Machado¹⁰, la tensión entre la reducción y el mantenimiento de las prestaciones sanitarias apareció en el momento de mayor auge del Estado de bienestar, cuando el crecimiento indefinido de las demandas de atención sanitaria encontró su freno en unos recursos financieros limitados. En España, a partir de 1980 se comenzó a reconocer el derecho a la asistencia sanitaria a colectivos que hasta entonces habían estado excluidos del sistema, proceso que culminó en la Ley General de Sanidad de 1986, que proclama el carácter universal de la asistencia sanitaria, como ha señalado Álvarez González¹¹.

⁸ Martín Mateo, Ramón: "Medicina preventiva, Economía y Derecho. Un sistema inescindible", *Revista de Administración Pública*, núm. 145: 29-48 (1998). pág. 39.

⁹ Ashton, John y Seymour, Howard: *La nueva salud pública*, SG Editores (1990), pág. 2.

¹⁰ Muñoz Machado, Santiago: *La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos*, Alianza Editorial (1995), pág. 146-150.

¹¹ Álvarez González, Elsa Marina: *Régimen jurídico de la asistencia sanitaria pública. Sistema de prestaciones y coordinación sanitaria*, Editorial Comares (2007).

La insostenibilidad del siempre creciente gasto público sanitario está detrás de los intentos de privatización en el Reino Unido, donde este gasto se incrementó del 32,4% del *Gross National Profit* (Producto Interior Bruto) en 1960 hasta el 47,1% en 1981. El resto de países de la OCDE no fue ajeno a esta tendencia, ya que su media se incrementó desde el 27% de 1955 hasta el 45,5% de 1981.¹² Según datos oficiales¹³, el gasto sanitario público español, incluyendo la partida de cuidados de larga duración, fue en 2011 de casi 75.000 millones de euros, lo que supone más del 74% del gasto sanitario total y un 7,1% del Producto Interior Bruto (PIB). El gasto sanitario privado fue del 2,5% del PIB. Porcentajes que están lejos, pues, de los de hace unas décadas.

Para Palomar Olmeda¹⁴, las grandes tensiones del mundo sanitario en la actualidad tienen, se quiera o no, un componente netamente económico. El compromiso público para asumir el aseguramiento de la salud está limitado por su capacidad para absorber el correlativo gasto sanitario y farmacéutico. El componente económico no se reduce a los límites de la capacidad financiera del sistema, sino a todo lo que lo rodea. La salud mueve importantes recursos económicos; por este motivo, muchos estudiosos de las políticas de salud en los distintos países reconocen la influencia que ejercen los grupos de poder en la definición de dichas políticas. La orientación de las políticas sanitarias no escapa del influjo que ejercen los colectivos médicos, los hospitales, las compañías de seguros o las industrias farmacéuticas.

La limitación presupuestaria a las políticas de salud pública es común a todos los sistemas de nuestro entorno y ha sido objeto de la preocupación de los distintos gobiernos, que han comprendido que el mantenimiento de una excesiva carga financiera sobre los sistemas de salud acabaría por destruirlos. Los sistemas nacionales de salud en Europa han ido tropezando con los problemas financieros resultantes del aumento de los gastos. La búsqueda de la universalización de la cobertura sanitaria y los elevados costes de las últimas tecnologías médicas y farmacéuticas han supuesto un incremento de gasto que no ha podido ser compensado con el correspondiente incremento de los ingresos provenientes de una insuficiente recaudación tributaria.

En España, el Pleno del Congreso de los Diputados aprobó el 13 de febrero de 1990 una proposición no de ley por la que se instaba al Gobierno a que promoviera la constitución por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de una Comisión para el análisis, evaluación y propuesta de mejoras del Sistema Nacional de Salud. La Comisión fue presidida por Fernando Abril Martorell, Vicepresidente de Gobierno durante la transición democrática, bajo cuya dirección se elaboró un informe que fue editado en julio de 1991. El llamado Informe Abril fue elogiado por su calidad técnica y por su profundidad en el análisis de los problemas del Sistema Nacional de Salud. La Comisión analizó en concreto la sostenibilidad económica del sistema, prediciendo un crecimiento inexorable del gasto sanitario total durante la década de los 90,

¹² Datos que recoge Higgs, Paul: *The NHS and Ideological Conflict*. Avebury (1993), pág. 20.

¹³ Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2011.

¹⁴ Palomar Olmeda, Alberto y Otros: *Manual jurídico de la profesión médica*. Dykinson (1998), pág. 125.

predicción que se ha cumplido. La conclusión a que llegó la Comisión era polémica pero irrefutable: de no operar inmediatas reformas estructurales, el sistema se derrumbaría.

En nuestro país, la actuación de los poderes públicos en favor del derecho a la salud incluye no sólo a los nacionales, sino también a los extranjeros residentes e incluso a los no residentes según lo que dispongan las leyes y convenios internacionales (artículos 1 y 46.a de la Ley General de Sanidad), lo que indica la vocación universalista de nuestro sistema sanitario. Pero, como ha indicado Beato Espejo, la generalización del derecho a la salud a toda la población en condiciones de igualdad y de forma gratuita ha resultado ser incompatible con la política de contención del gasto público.¹⁵

Los sistemas de copago ya estaban contemplados en el Informe Abril, en el que se advertía que la gratuidad total se había convertido en una utopía que sólo podía conducir al colapso del sistema:

"La Comisión estima que sólo se podrá conseguir un mayor grado de satisfacción general con mayores márgenes de libertad de elección, y ésta podrá irse introduciendo conforme las circunstancias lo permitan, pero exigirá, previa e inexcusablemente, algún elemento de participación del usuario en el coste. En resumen, la frontera de la gratuidad como regla general habrá que atravesarla para lograr un mayor grado de satisfacción general."

El Informe Abril propuso establecer una división del conjunto global de los servicios públicos sanitarios en tres bloques. El primero sería el integrado por las prestaciones básicas, que seguiría siendo gratuito, dependiente de los servicios públicos estatales y financiado con cargo a los Presupuestos. El segundo bloque de servicios, ya fuera prestado o no por establecimientos públicos o dependientes de las administraciones públicas, requeriría una financiación complementaria de los usuarios, la cual podría exigírseles de una forma directa con ocasión de la utilización de los servicios, o por cualquier otro medio que permitiera la individualización del coste del servicio público utilizado. El tercer bloque estaría formado por los servicios privatizados, entregados a la iniciativa privada, que se encargaría tanto de su establecimiento como de su financiación. Respecto de los dos últimos bloques, sería necesario distinguir entre colectivos ciudadanos, según sus posibilidades económicas y sus necesidades, de forma que en todo caso el Estado asegurara la protección necesaria para que quedaran salvaguardadas la dignidad de las personas, la equidad y la solidaridad, que son valores constitucionales básicos que el desarrollo del moderno Estado social ha convertido en irreversibles e irrenunciables.

¹⁵ Beato Espejo, Manuel: "Derechos de los usuarios del sistema sanitario a los diez años de la aprobación de la Ley General de Sanidad". *Revista de Administración Pública*, núm. 141: 25-60, septiembre-diciembre (1996), pág. 25.

Si bien la Ley General de Sanidad de 1986 partía de un ideal de gratuidad, contemplando el pago directo de tasas por la prestación de servicios sanitarios como algo marginal (artículo 79.1.c), la Ley del Medicamento de 1990 pasó a considerar la participación del usuario en el pago no sólo como una manera de subvenir la financiación, sino como un elemento más del uso racional de los medicamentos (artículo 95). Finalmente, la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, estableció (artículo 94) la participación de los ciudadanos en el pago a satisfacer por la prestación farmacéutica incluida en la cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud como obligación principal de los usuarios.

La evolución del gasto público farmacéutico del Sistema Nacional de Salud¹⁶ ha rebasado permanentemente las previsiones presupuestarias desde los años 90, con crecimientos constantes hasta 2009, año en el que se alcanzó la cifra de 12.506 millones de euros. Desde ese momento, el gasto ha sido decreciente año tras año como consecuencia de la crisis financiera, pero también como efecto de las medidas adoptadas en los últimos años para intentar contenerlo, como el recorte de los márgenes a los distribuidores y a las oficinas de farmacia, la exclusión de medicamentos del sistema de financiación de la Seguridad Social, la promoción de los genéricos y el control de precios.

La estadística pública ofrece datos reveladores. El gasto sanitario público en 2011 fue de 67.626 millones de euros, lo que representa el 6,4% del Producto Interior Bruto. Esta cifra es un 4% menor que la del 2009, y representa un gasto de 1.422 € por habitante. La disminución del gasto fue mayor en farmacia, con un gasto en 2011 de 12.237 millones, un 8,8% menos que en 2009, lo que supone un gasto *per capita* de 257 €. ¹⁷

No obstante, el problema del gasto es sólo la faceta más visible de la sanidad pública, que está también necesitada de otros remedios que las reducciones de costes. En concreto, los servicios sanitarios públicos atienden necesidades sociales cambiantes, con lo que los sistemas estáticos tienden a anquilosarse. Nuevas necesidades requieren nuevos enfoques. En cualquier caso, como justificaba el Informe Abril, sólo las reformas estructurales pueden salvar el sistema de una quiebra cierta.

El profesor Morell Ocaña afirmaba en 1970, cuando la sanidad pública no tenía todavía los problemas financieros que sufrió después, que "*el mejor cuidado del servicio a la salud del individuo prima sobre el sistema de financiación aplicable*".¹⁸ Sin embargo, la negativa evolución del sistema de financiación acabó condicionando la labor de los servicios sanitarios públicos.

¹⁶ En cuanto a la evolución del gasto farmacéutico nacional e internacional puede consultarse el informe del EAE Business School "El gasto farmacéutico en España 2013. Evolución internacional y situación desde el punto de vista nacional", dirigido por Juan Aitor Lago Moreno, disponible en <http://cladea.org/gastofarmaceutico2013.pdf>

¹⁷ Datos contenidos en la Estadística de Gasto Sanitario Público que publica el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad.

¹⁸ Morell Ocaña, Luis: "La evolución y configuración actual de la actividad administrativa sanitaria", *Revista de Administración Pública*, núm. 63 (1970), pág. 61.

El Gobierno español ha optado por inyectar fuertes sumas de dinero para evitar el derrumbe de entidades bancarias que como consecuencia de la crisis financiera habían quedado en situación de quiebra. Uno de los instrumentos del rescate, el Fondo de reestructuración ordenada bancaria (FROB) supuso en 2012 un coste público de 41.300 millones de euros que habrán de comenzar a devolverse en 2022. Desde entonces y hasta 2027, España deberá pagar unos 7.000 millones de euros anuales, aproximadamente un 0,7 del PIB español. EL Reino de España había solicitado y obtenido de la Unión Europea una línea de crédito para el rescate bancario de hasta 100.000 millones de euros. Otros países como Noruega y Suecia eligieron reforzar sus políticas públicas de bienestar para crear empleo y salir de la crisis, y lo hicieron con éxito. Esto demuestra que otras políticas son posibles.

El hecho de que las consideraciones económicas hayan tomado el protagonismo en las decisiones de los gobiernos europeos choca con los postulados tradicionales del Estado de bienestar. Los condicionamientos contables impiden la prestación de determinados servicios que los ciudadanos habían considerado garantizados. Pero la sacrosanta salud del sistema financiero, que nos ha sido vendida como una necesidad imperiosa, se consigue a costa de sacrificios de los ciudadanos. Es necesario más que nunca reivindicar el papel central de la ciudadanía en los sistemas políticos, el valor esencial de la persona y del sistema de protección de sus derechos que ha consagrado nuestra Constitución de modo irrenunciable. Es imprescindible una vuelta a las políticas centradas en las personas y no en la economía financiera. Las políticas públicas no pueden ser evaluadas únicamente por su coste, sino por el retorno que generan en la actual sociedad, especialmente en los más jóvenes, y en las generaciones futuras.

En todo caso, no hay que olvidar la vocación transformadora del Derecho y la vertiente social de una de sus ramas, el Derecho Administrativo. A pocos meses del fallecimiento del profesor García de Enterría, cabe también tener muy presente que el Derecho Administrativo se basa en el necesario equilibrio de los privilegios de la Administración y las garantías de los ciudadanos, justificando se tales privilegios únicamente en el servicio al interés general. O lo que es lo mismo, la defensa del ciudadano frente al poder.

Nota bibliográfica

ACOSTA GALLO, P., "Restricciones de gasto, gestión privada y copago en el Sistema Nacional de Salud", *Revista CESCO de Derecho de Consumo*, núm. 4/2012.

ACOSTA GALLO, P., *Salud, profesiones sanitarias y Constitución Española*, Ed. Mapfre (2002).

ÁLVAREZ GONZÁLEZ, E. M., *Régimen jurídico de la asistencia sanitaria pública. Sistema de prestaciones y coordinación sanitaria*, Editorial Comares (2007).

Beato Espejo, Manuel: "Derechos de los usuarios del sistema sanitario a los diez años de la aprobación de la Ley General de Sanidad", *Revista de Administración Pública*, septiembre-diciembre, núm. 141 (1996).

FUENTETAJA PASTOR, J. A., "La intervención de la Administración en la sanidad", en la obra colectiva *Parte especial del Derecho Administrativo, la intervención de la Administración en la sociedad*, coordinado por LINDE PANIAGUA, E., Ed. Colex (2007).

MARTÍN MATEO, R., "Medicina preventiva, Economía y Derecho. Un sistema inescindible". *Revista de Administración Pública*, núm. 145: 29-48 (1998).

MÉJICA, J. y RODRÍGUEZ, J. R., *El estatuto del paciente*, Thomson Civitas (2006).

MUÑOZ MACHADO, S., *La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos*, Alianza Editorial (1995).

OCDE: *Health at a glance 2013*, accesible en http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2013_health_glance-2013-en

PEMÁN GAVÍN, J. M., *Asistencia sanitaria y Sistema Nacional de Salud. Estudios jurídicos*, Editorial Comares (2005).

SAUL, J. R., *El colapso de la globalización y la reinención del mundo*, RBA (2012).