

# SPENDING REVIEW, RACIONALIZACIÓN ADMINISTRATIVA Y TUTELA SOSTENIBLE DE LA SALUD. REFLEXIONES COMPARADAS A PARTIR DE LA EXPERIENCIA ITALIANA

*Alejandra Boto Álvarez*

*Profesora Ayudante Doctora (Acreditada PTU.)  
Universidad de Oviedo*

**SUMARIO:** 1. Introducción; 2. La configuración de la tutela jurídica de la salud en Italia: las llamadas reformas sanitarias; 3. La reforma del Título V de la Constitución italiana: impacto en la prestación y organización de los servicios sanitarios; 4. Spending review: las reformas italianas ligadas a la crisis y la sostenibilidad financiera. La influencia en el ámbito sanitario; 5. Apuntes para la discusión.

## RESUMEN

Este trabajo busca contribuir al debate sobre los efectos de la sostenibilidad económica y la racionalización administrativa en el marco de la tutela de la salud desde la experiencia italiana. Se centra en la configuración del sistema público y evolución organizativa descentralizadora posterior, hasta llegar al contingente y discrecional concepto de los niveles esenciales de prestación.

## PALABRAS CLAVE

Asistencia sanitaria; crisis económica; contención del gasto.

## ABSTRACT

This paper seeks to deep into the debate on the effects of the economic sustainability and administrative rationalization in the frame of healthcare, from an Italian perspective. It focuses on the configuration of the public provision system and its organizational decentralizing evolution, coming up to the contingent and discretionary notion of the essential levels of benefits.

## KEYWORDS

Healthcare; economic crisis; spending review.

## 1. INTRODUCCIÓN

El objetivo de este trabajo es contribuir al debate sobre los dilemas y retos que la sostenibilidad económica y la llamada racionalización administrativa presentan en el marco de la tutela de la salud<sup>1</sup>. La perspectiva es jurídica, iuspublicista, de perfiles constitucionales y administrativos, y de base comparada. Y es que, como han apreciado tanto la OCDE como la Comisión Europea, la reducción del gasto público sanitario ante la crisis, y con ello la erosión de los sistemas públicos de asistencia sanitaria, es un fenómeno global.

---

<sup>1</sup> El presente estudio ha sido elaborado en el marco del proyecto de investigación de referencia DER2012-32241 y título “Modelos jurídico-organizativos de optimización de las prestaciones esenciales del Estado de bienestar”, financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad.

Se centra en la experiencia italiana, por ser un escenario en muchos aspectos comparable al español, a pesar de las diferencias que se evidenciarán en la configuración jurídica y en la evolución organizativa de los respectivos servicios sanitarios públicos que, en el caso español, por razón de espacio se dan por sabidos. Se mostrará cómo, ya antes del estallido de la crisis, las autoridades transalpinas se habían preocupado de la contención del gasto y la simplificación procedimental en el ámbito sanitario al tiempo que consolidaban constitucionalmente un “federalismo organizativo” regional y se apostaba por la colaboración con el sector privado para la prestación y la gestión de servicios sanitarios. Se analizará cómo en la coyuntura actual la mayor parte de esas medidas han resultado insuficientes y se están revisando, restaurando o implementando, con no pocos problemas de gobernanza.

Además, entre otras cosas, los últimos tiempos han traído una intensificación de la cobertura privada de prestaciones sanitarias y una apuesta por un sistema mutualístico que ni mucho menos es un fenómeno privativo de Italia. Por ello, tras la descripción crítica se analizará de forma comparada la aplicabilidad a nuestro sistema de conceptos como la sostenibilidad, no ya económica, sino cultural y política del sistema sanitario, sin evitar la polémica sobre la bipolarización generalizada de la asistencia sanitaria en servicios esenciales y complementarios, y su eventual incidencia en el diseño de las carteras en nuestro sistema para definir el quantum mínimo del servicio público y optimizar esta prestación esencial del Estado de bienestar.

## **2. LA CONFIGURACIÓN DE LA TUTELA JURÍDICA DE LA SALUD EN ITALIA: LAS LLAMADAS REFORMAS SANITARIAS**

Es habitual citar el artículo 32 de la Constitución italiana de 1948 como influencia comparada primordial del 43 de nuestra Carta Magna<sup>2</sup>. Tal precepto sitúa la tutela republicana de la salud, a la vez derecho fundamental del individuo e interés de la colectividad, en el marco de las relaciones ético-sociales en la regulación de los derechos y deberes de los ciudadanos<sup>3</sup>. Durante una primera etapa histórica, tal tutela<sup>4</sup>

se confió a un sistema estático y tradicional, fundado en seguros de carácter mutual. Hasta la institución del Servicio Sanitario Nacional (SSN), en 1978, no aparecería de forma efectiva una nueva “idea de salud”, de naturaleza dinámica y fundada sobre los principios de universalidad, unicidad, igualdad y uniformidad, globalidad y carácter social<sup>5</sup>.

Conocida como *Ley de reforma sanitaria*, la Ley 833/1978, de 23 de diciembre, encomendó la puesta en marcha y ejecución del SSN al Estado, las regiones y los entes locales territoriales, pero sin clarificar las relaciones orgánicas entre ellos<sup>6</sup>. El sistema tenía en sus inicios una fuerte vocación centralista que se ha ido atenuando, en un giro copernicano, con las reformas sucesivas<sup>7</sup>. Los centros operativos del sistema eran las Unidades Sanitarias Locales (USL), estructuras técnico-funcionales carentes de personalidad jurídica propia (art. 10) que suscitaron no pocos problemas de gestión y pusieron en cuestión las mismas bases del sistema, entre otras cosas porque resultó imposible la aprobación de un Plan Sanitario Nacional mientras se descontrolaba el gasto público<sup>8</sup>, con constantes escándalos políticos por corrupción<sup>9</sup>.

Se planificaría así, a principios de los años noventa, la llamada *reforma bis*, encomendada al Gobierno a través de la Ley de delegación 421/1992, de 23 de octubre que cubría en realidad sectores mucho más amplios que el de la sanidad. En la materia que nos ocupa, se buscaba clarificar la estructura organizativa pero respetando la centralidad del derecho a la salud, la responsabilidad pública de su tutela y los principios de equidad o universalismo. Los instrumentos principales en que se confiaba para ello eran la técnica de la “haciendalización/empresarización” (*aziendalizzazione*), que puede definirse como el proceso de crear en el sector entes instrumentales dotados de personalidad jurídica propia que operan

petar” vid. PIOGGIA, Alessandra: *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, G. Giappichelli Editore, Torino, 2014, p. 21.

5 JORIO, Ettore: *Diritto sanitario*, Giuffrè Editore, Milano, 2006, pp. 13 y 26-27.

6 Ibidem, p. 30.

7 BOTTARI, Carlo: *Tutela della salute ed organizzazione sanitaria*, G. Giappichelli Editore, Torino, 2011, p. 68.

8 MONZANI, Saul: “La articolazione dei servizi sanitari sul territorio tra vincoli pubblicistici ed esigenze aziendali” en ANDREIS, M. (a cura di), *La tutela della salute tra tecnica e potere amministrativo*, Giuffrè Editore, Milano, 2006, pp. 211 y ss., en particular pp. 213-214.

9 PIOGGIA, *op. cit.*, pp. 82-85.

2 Por todos puede verse LEÓN ALONSO, Marta: *La protección constitucional de la salud*, La Ley, Madrid, 2010, pp. 39 y ss.

3 Título II, parte I.

4 Sobre la diferencia entre “tutelar” y “reconocer” o “res-

mayoritariamente en régimen de derecho privado y donde los órganos de gestión y de dirección política quedan separados<sup>10</sup>, y la de regionalización (*regionalizzazione*), o refuerzo de la dimensión regional a cuyo sector además se adscribirían los nuevos entes instrumentales<sup>11</sup>. La reforma fue articulada principalmente en virtud del Decreto Legislativo 502/1992, de 30 de diciembre, modificado poco después por el Decreto Legislativo 517/1993, de 7 de diciembre. Entre otras medidas y en la línea de la doble vertiente de inspiración antes descrita los cambios consistieron, por un lado, en reformular la relación institucional de colaboración entre Estado (garante de la uniformidad de las prestaciones y la unidad de la acción sanitaria) y las regiones (que recibían mayor autonomía). Por el otro, se fortalecían las USL dotándolas de personalidad jurídica propia y autonomía organizativa, patrimonial, contable y técnica, y se convertían en *aziende sanitarie* regionales, diferenciadas de los entes hospitalarios, también dotados de personalidad jurídica, autonomía y de forma haciendal<sup>12</sup>. Para ambos tipos de entes, por cierto, se prohibía con carácter general el endeudamiento (art. 3 y 4).

Poco después se apreciaría la necesidad de aprobar un nuevo texto en materia de organización y funcionamiento del SSN para profundizar en su gestión descentralizada, tanto territorial como funcional. Se aprobaría así la Ley 419/1998, de 30 de noviembre, que delegaba tal función en el Gobierno; es la conocida como *reforma ter*, articulada por el Decreto Legislativo 229/1999, de 19 de enero, comúnmente llamado *Decreto Bindì*. Entre otras medidas proclives a una mayor regionalización y colaboración institucional<sup>13</sup>, subraya la responsabilidad del Director General de la Hacienda, el carácter instrumental de la misma y reformula la adjetivación de su autonomía (que pasa a ser “empresarial”)<sup>14</sup>, al tiempo que modi-

fica la relación entre operadores públicos y privados en el ámbito sanitario<sup>15</sup>.

Con estos tres grandes pilares legislativos se produciría una fuerte evolución tendencial del sistema sanitario italiano, que acabaría confirmándose a raíz de la reforma constitucional de 2001. Como se ha visto, y merece la pena ser destacado, las preocupaciones en Italia por la lucha contra la corrupción<sup>16</sup>, la contención del gasto público sanitario y la apuesta por la simplificación y la racionalización administrativa<sup>17</sup> llevan presentes desde hace tiempo. Así por ejemplo, el Decreto Legislativo 502/1992 preveía en su artículo 1.1 que los niveles de asistencia del SSN se establecerían *en coherencia* con la entidad de su financiación; el Decreto Legislativo 229/1999 parafrasearía esta fórmula en su artículo 1.3 para indicar que la individualización de los niveles esenciales y uniformes de asistencia que el sistema aseguraría en el territorio nacional se establecería *contextualmente* a la de los recursos financieros destinados al SSN<sup>18</sup>. Sobre la cuestión de estos niveles esenciales volveremos también seguidamente.

### 3. LA REFORMA DEL TÍTULO V DE LA CONSTITUCIÓN ITALIANA: IMPACTO EN LA PRESTACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

A comienzos del siglo XXI y culminando una tendencia alumbrada con carácter general a partir de las llamadas normas *Bassanini*, se acometería

---

*dell'organizzazione amministrativa*, Cedam, Padova, 2014, pp. 265-267.

15 JORIO, *op. cit.*, pp. 38-43. En particular sobre las prestaciones sanitarias privadas puede verse PAPA, Stefano: “Sussidiarietà e tutela della salute: l'accesso dei privati” en AN-DREIS, *op. cit.*, pp. 111 y ss.

16 Algunos datos actuales sobre el fenómeno pueden verse en el Libro Blanco sobre la corrupción en la sanidad, publicado por la ONG *Istituto per la Promozione dell'Etica in Sanità* en 2014, disponible en [http://www.ispe-sanita.it/1/upload/ispe\\_broweb18settembre.pdf](http://www.ispe-sanita.it/1/upload/ispe_broweb18settembre.pdf) y comentado en RICCIARDI, Walter; ATELLA, Vincenzo; CRICELLI, Claudio y SERRA, Federico: *La tempesta perfetta. Il possibile naufragio del Servizio Sanitario Nazionale: come evitarlo?*, Ed. Vita e Pensiero, Milano, 2015, pp. 35-37.

17 Entre otras cosas como extensión de los efectos de la Ley 241/1990, de 7 de agosto, en materia de procedimiento administrativo, que ya se ocupó de forma pionera de la simplificación y la eficacia de la acción administrativa (art. 14-21).

18 VIDETTA, Cristina: “La semplificazione alla prova. Il problema della tutela della salute nella l. n. 241/1990” en VIDETTA, C. (a cura di), *Tutela della salute e semplificazione*, Edizioni Scientifiche Italiane, Università di Torino, 2015, p. 19.

---

10 La “haciendalización” ha sido definida como una de las modificaciones más profundas en la sanidad pública y en general en la Administración en Italia; son en concreto palabras de Luisa Torchia en CASSESE, Sabino y TORCHIA, Luisa: *Diritto amministrativo. Una conversazione*, Il Mulino, Bologna, 2014, p. 81.

11 PIOGGIA, *op. cit.*, pp. 85-88.

12 JORIO, *op. cit.*, pp. 37-38.

13 LAUS, Federico: “I soggetti preposti all'erogazione delle prestazioni sanitarie” en SESTA, M. (a cura di), *L'erogazione della prestazione medica tra diritto alla salute, principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitarie*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna, 2014, pp. 397 y ss., en particular 401-412.

14 TACCOGNA, Gerolamo: *La disciplina*

una profunda reforma del regionalismo italiano para instituir un sistema de tipo federal<sup>19</sup>. En consecuencia y circunscribiendo el análisis al ámbito que aquí nos ocupa, desde 2001 la materia de la tutela de la salud entra en la competencia concurrente entre Estado y regiones (párrafo tercero del artículo 117), correspondiendo a estas la potestad reglamentaria y restando sólo al Estado la disciplina que requiera un trato unitario y los principios generales<sup>20</sup>. Al Estado compete asimismo, y de forma exclusiva, la determinación de los niveles esenciales para las prestaciones relativas a los derechos civiles y sociales, que deberán quedar garantizados en todo el territorio nacional (art. 117 m) de la Constitución reformada)<sup>21</sup>.

La noción de “prestaciones esenciales” no es una novedad para la doctrina italiana en el ámbito sanitario<sup>22</sup>. La expresión ya aparecía de forma expresa en la *reforma ter* e implícita en la *reforma bis*, cuando se recogía la necesidad de planificar “niveles esenciales de asistencia” no ligados sin embargo en puridad al objetivo de garantizar un nivel homogéneo de tutela de derechos en el sistema, sino a una vinculación entre los escasos recursos públicos y las prestaciones consideradas realmente indispensables. Sorprendentemente empero, de la idea de homogeneidad sí puede encontrarse un germen primitivo en la misma instauración inicial del SSN, que contemplaba –aunque sin adjetivarlos<sup>23</sup>– ciertos “niveles de prestación” que debían ser establecidos por el Plan Sanitario Nacional para asegurar y garantizar condiciones de salud uniformes para todo el territorio nacional (art. 4 Ley 833/1978)<sup>24</sup>.

19 Por todos, D'ATENA, Antonio: “La reforma constitucional del regionalismo italiano”. *Revista d'estudis autonòmics i federals*, núm. 4, 2007, pp. 9-34.

20 Palabras del Consejo de Estado, sección V, sentencia de 9 de noviembre de 2009, n. 6969 (*Il foro italiano*. CdS, vol. VIII, 2009).

21 La nueva configuración constitucional no ha estado exenta de debates relativos entre otras cosas a la extensión de la disciplina de los niveles esenciales para determinar, sin ir más lejos, si la misma comprende también aspectos de carácter organizativo, cuál ha de ser el peso de las llamadas materias transversales o hasta dónde alcanza el derecho supletorio; cuestiones en definitiva nada ajenas a los debates sobre la distribución de competencias en nuestro país.

22 JORIO, *op. cit.*, p. 109.

23 Sobre la diferencia conceptual entre “niveles mínimos”, “niveles esenciales” y “contenido esencial del derecho”, vid. CREPALDI, Gabriella: “Dai LEA ai livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali (art. 117, II Co., lett. M), Cost.)” en ANDREIS, *op. cit.*, pp. 59-61.

24 TUBERTINI, Claudia: *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni. Il caso della tutela della salute*, Bononia University Press, Bologna, 2008, p. 269 y ss.

Ligada a la nueva competencia concurrente, prácticamente todas las regiones comenzaron a ejercer labores de “ingeniería institucional”, unas veces con vocación sistemática y otras con enfoques más sectoriales. Con todo, de la misma forma que en España, también en Italia se habla de un cierto fenómeno de “emulación”, y así el marco resultante es reconducible a unos pocos modelos<sup>25</sup>. Ello se explica, por un lado por la influencia del modelo estatal que había imperado hasta entonces y por otro, por una convergencia espontánea hacia fórmulas ya experimentadas y juzgadas positivas en términos de eficacia, eficiencia y economicidad del servicio. Como se verá seguidamente, además, la legislación estatal seguiría siendo un marco de referencia inexcusable a raíz del estallido de la crisis y las constricciones financieras establecidas por la legislación presupuestaria estatal de acuerdo con el artículo 81 de la Constitución italiana, modificado en 2012 para positivizar el principio de estabilidad presupuestaria.

En lo organizativo, las mayores diferencias regionales se centraron en la irrupción de nuevas fórmulas subjetivas de gestión, con o sin personalidad jurídica<sup>26</sup>. Así, en algunas regiones se ha apostado por la puesta en marcha de fórmulas consorciadas<sup>27</sup>, societarias<sup>28</sup>, entes públicos<sup>29</sup> o agencias<sup>30</sup>. En algunas regiones todas las haciendas se concentraron en una única general<sup>31</sup>, mientras que en otras se optó

25 PIOGGIA, *op. cit.*, pp. 111-112.

26 Se formula la oración en pasado porque muchas de esas innovaciones organizativas ya no existen o se han modificado, por razones a las que seguramente no es ajeno el reajuste *taglianti* ligado a la *spending review* de la que más adelante se hablará.

27 Como las *società della salute* en Toscana, introducidas en la Ley Regional 40/2005 sobre disciplina del servicio sanitario regional, a través de la Ley Regional 60/2008 y que son consorcios con participación de las haciendas regionales, entes locales y organizaciones no gubernamentales.

28 Es el caso de So.Re.Sa, S.p.A. (*Società Regionale per la Sanità*), instrumental de la Región de Campania para acciones estratégicas de racionalización del gasto sanitario entre otras cosas funcionando como central de contratación (Ley Regional 16/2014).

29 Como los *Enti per i servizi tecnico-Amministrativi di area vasta*, creados en Toscana a raíz de la Ley Regional 40/2005. Recientemente estos entes han sido fusionados en uno solo, el *Ente di Supporto Tecnico-Amministrativo Regionale* (Ley Regional 26/2014).

30 Es el caso paradigmático de la creación, en Umbria, de la *Agenzia per la integrazione della gestione delle Aziende sanitarie* (*Agenzia Umbria Sanità*), por mor de la Ley Regional 16/2007. La entidad se suprimió por la Ley Regional 18/2012.

31 Es la opción seguida en Le Marche, donde existe una *Azienda Sanitaria Unica Regionale* (Ley Regional 13/2003) o Molise, con la creación de la *Azienda Sanitaria del Molise* (Ley



por la creación de haciendas hiper-especializadas<sup>32</sup>. En lo material, las divergencias más importantes se refieren al mayor o menor peso de los operadores privados en la prestación de los servicios<sup>33</sup>. Además, la forma en que las regiones han dado actuación a los niveles esenciales de prestaciones sanitarias también es muy variable<sup>34</sup>, como lo es en el fondo la situación financiera y las características sociales de las regiones, relacionadas con la celeberrima diferenciación geográfica norte-sur<sup>35</sup>.

#### 4. SPENDING REVIEW: LAS REFORMAS ITALIANAS LIGADAS A LA CRISIS Y LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA. LA INFLUENCIA EN EL ÁMBITO SANITARIO.

Como ya se ha indicado, la naturaleza del derecho sanitario como un derecho constitucional (financieramente) condicionado no es algo novedoso, pero en las postrimerías de la crisis económica que debutara en 2008 se ha convertido en un axioma incuestionable<sup>36</sup>. También lo es la idea de que la reforma constitucional de 2012 y la sacralización del

---

Regional 9/2005) que sustituye a las cuatro que previamente existían en la región.

32 Como la *Azienda Regionale Emergenza Urgenza* en Lombardía (Ley Regional 32/2007) o la *Azienda Regionale Emergenza Sanitaria* en Lazio (Ley Regional 9/2004).

33 Se habla así de tres modelos de referencia: uno en el que existe una presencia media-baja de prestadores privados de servicios sanitarios, y donde las haciendas territoriales producen la globalidad de los servicios llegando incluso a integrar en su seno las infraestructuras hospitalarias, no constituidas en haciendas independientes (es el caso de Molise, Abruzzo, Valle de Aosta, Trento o Bolzano); el llamado modelo lombardo, con una fuerte presencia del sector privado pero muy regulado y que se contraponen al modelo Emiliano-romagnolo, y en tercer lugar el de las regiones con una alta participación de operadores privados pero con un sistema débil de *accountability* (como Lazio o Campania). Sobre los distintos sistemas puede verse PIOGGIA, *op. cit.*, pp. 111-112, TUBERTINI, *op. cit.*, p. 265 o DIMASI, Luca: “Il difficile panorama della sanità italiana” en BOTTARI, C.; FOGLIETTA, F. y VANDELLI, L. (a cura di), *Welfare e servizio sanitario: quali strategie per superare la crisi*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna, 2013, pp. 23 y ss.

34 TUBERTINI, *op. cit.*, pp. 306 y ss.

35 Así, se ha descrito que en las regiones del nordeste el *ticket* del copago tiene un valor medio mínimo de 20 €, que en el sur llega a ser de más del doble (RICCIARDI, ATELLA, CRICELLI y SERRA, *op. cit.*, pp. 76-77). Con ello se genera el problema de la movilidad sanitaria interregional y la asistencia a los desplazados, que también conocemos en España (DONATI, Sara: “La scelta del luogo di cura tra autodeterminazione del paziente ed esigenze di equilibrio finanziario nel comparto sanitario regionale” en SESTA, *op. cit.*, pp. 459 y ss.).

36 NANIA, R.: “Il diritto alla salute tra attuazione e sostenibilità” en SESTA, *op. cit.*, pp. 29 y ss.

principio de equilibrio presupuestario han afectado notablemente a la autonomía regional, primeramente a través de la limitación de su capacidad de gasto y por tanto también inevitablemente después manifestándose en su capacidad de organización y prestación de servicios, porque se ha entendido en sentido lato el rol estatal en la armonización de presupuestos y la coordinación financiera<sup>37</sup>.

La reforma constitucional ha llevado asimismo a tener que debatir sobre una idea en parte olvidada, quizás conscientemente<sup>38</sup>: el coste de los derechos. Este no puede verse ya tan sólo como un límite externo de carácter negativo al desarrollo del Estado social, puesto que es un concepto que ahora forma parte de la propia normatividad del derecho mismo. A fin de trabar adecuadamente esta argumentación es preciso realizar un breve recorrido histórico sobre la evolución más reciente de las formas de financiación sanitaria en Italia.

En realidad, en materia de financiación la impronta federalista se había dejado sentir con carácter previo a la reforma constitucional de 2001. Así, la Ley 133/1999, de 13 de mayo confirió delegación al Gobierno en materia de reparto equitativo de cargas, racionalización y federalismo fiscal. El Decreto Legislativo resultante, 56/2000, de 18 de febrero, introdujo en consecuencia importantes modificaciones en la financiación del SSN. Se buscaba poner término a la financiación estatal que históricamente había alimentado el SSN desde su institución originaria para pasar a hacerlo nutrirse de una participación regional en impuestos como IVA e IRPF y del “céntimo sanitario” sobre las ventas de carburante, entre otras fuentes como el copago, juzgadas en todo caso insuficientes<sup>39</sup>. Para cubrir necesidades de compensación se establecía el *Fondo perequativo nazionale*.

Más adelante, fue la Ley constitucional 3/2001, de 18 de octubre, la que modificando, entre otros, el artículo 119 de la Constitución dio un paso más en el proceso de responsabilizar a las regiones en materia

---

37 BELLETTI, Michele: “I “livelli essenziali delle prestazioni” alla prova del “coordinamento della finanza pubblica”. Alla ricerca della “perequazione” perduta” en SESTA, *op. cit.*, pp. 101 y ss. Con muchos matices la cuestión también es analizada por JORIO, Ettore: “Pareggio di bilancio: le implicazioni sul sistema sanitario” en BOTTARI, FOGLIETTA y VANDELLI, *op. cit.*, pp.73 y ss.

38 BERTOLISSI, Mario: “La tutela della salute al tempo della crisi” en TRONCONI, L.P. (a cura di), *Prospettive in sanità: criticità economiche, giuridiche ed organizzative*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna, 2015, pp. 75 y ss.

39 JORIO: *Diritto Sanitario, op. cit.*, pp. 197 y ss.

fiscal y financiera. Allí se dispone que la financiación de las funciones regionales (sanidad incluida por tanto) ha de producirse trámite tributos y recursos propios, y la participación en tributos estatales con base en su territorio. La disposición constitucional prevé también un *Fondo perequativo*, sin vínculo de destino, para los territorios con menor capacidad fiscal por habitante. Para hacer efectiva esta aplicación se aprobó la Ley 42/2009, que reconoce a regiones y entes locales una capacidad impositiva propia, no derivada de la estatal, y una correspondiente libertad de elección para el gasto<sup>40</sup>.

En general lo que se pretende es definir, en primer lugar los niveles esenciales de las prestaciones, a continuación el coste estándar de las mismas y, de la relación entre ellas, la definición de las necesidades estándar. En materia sanitaria la delegación se materializó en el Decreto Legislativo 68/2011, de 6 de mayo. Su objetivo es conseguir que la sanidad en todas las regiones responda a modelos análogos en la relación costes/servicios, si bien no se explica con claridad en la norma la manera en que tal convergencia habrá de producirse<sup>41</sup>. Más clara sí que resulta la previsión de que, a partir de 2013, la financiación estatal, que está pues lejos de desaparecer<sup>42</sup>, no se repartiría ya con base en la población ponderada, sino con relación a las mencionadas necesidades estándar, para asegurar niveles esenciales de asistencia en condiciones de eficacia, eficiencia y adecuación<sup>43</sup>. Para su primera determinación, estos costes y necesidades estándar se calcularon a partir de los parámetros de tres regiones, escogidas como *benchmark* por el Ministerio de la Salud sobre la base de criterios de eficiencia, eficacia, respeto al equilibrio económico y buscando también representatividad geográfica y dimensional. Una vez puesto en marcha el sistema, se revisa anualmente a partir de los datos informativos que ofrece un nuevo sistema informático sanitario.

40 SAVINO, Mario: "Le riforme amministrative: la parabola della modernizzazione dello stato", *Rivista trimestrale di diritto pubblico*, núm. 2, 2015, pp. 641 y ss., en particular p. 653.

41 CAVO, Giovanni: "Il contenimento della spesa sanitaria dalla regionalizzazione al d.legs. 68/2011: un obiettivo raggiunto?" en ROVERSI MONACO, F. y BOTTARI, C. (a cura di), *La tutela de la salute tra garanzie degli utenti ed esigenze di bilancio*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna, 2012, pp. 228 y ss.

42 Al respecto, vid. JORIO, Ettore: "Verso il servizio sanitario federale" en ROVERSI MONACO y BOTTARI, *op. cit.*, pp. 23 y ss.

43 PIOGGIA, *op. cit.*, p. 144.

Este complejo sistema de financiación no está exento de críticas<sup>44</sup>. Entre ellas quizás la de mayor peso, por lo que supone de fracaso en la filosofía del sistema, tenga que ver con la previsión cíclica de medidas extraordinarias para la contención de la deuda sanitaria, con trasferencias sucesivas en las leyes de presupuestos estatales desde 2006 en favor de aquellas regiones en problemas que se sometían voluntariamente a un *piano di rientro*<sup>45</sup>.

En este entramado, la constitucionalización del principio de estabilidad presupuestaria ha venido a subrayar aún con mayor intensidad el condicionamiento financiero de los niveles esenciales de asistencia por encima de las consideraciones prestacionales<sup>46</sup>. Además, como consecuencia de la crisis se han aprobado distintas medidas de reajuste y revisión que afectan a todas las partidas de gasto público, muchas de ellas de carácter lineal y que no diferencian según la situación de partida ni atienden a racionalizaciones previamente acometidas en algunos sectores, como la sanidad<sup>47</sup>.

Así, el Decreto-Ley 95/2012, de 6 de julio, que no por casualidad es conocido como *spending review*, en materia sanitaria supuso una apuesta por la prescripción de genéricos; restricciones en la adquisición de bienes y servicios; fomento de la colaboración

44 Se ha criticado, por ejemplo, que la referencia sea un coste estandarizado y no el coste efectivo, de forma que no se responde a las diversas realidades regionales (MIRATE, Silvia: "La semplificazione come armonizzazione e razionalizzazione della finanza pubblica e dei vincoli di spesa: le prestazioni sanitarie tra pareggio di bilancio e federalismo fiscale" en VI-DETTA, *op. cit.*, pp. 33 y ss., en particular p. 43). La elección de Umbria, Veneto y Emilia-Romagna como "regiones piloto" para la determinación inicial de los costes estándar no parece tampoco ayudar a reflejar la variedad regional italiana.

45 Se trata de una especie de "rescate" del Estado a la región, que conlleva entre otras cosas una merma temporal de la autonomía en las decisiones de gasto: BOTTARI, *op. cit.*, pp. 108 y ss. Teóricamente es una institución pensada para garantizar la prestación de los niveles esenciales de asistencia en términos de contención del gasto dentro de los límites del presupuesto. No obstante, como luego se verá, en muchas ocasiones la preocupación financiera absorbe la búsqueda de una adecuada prestación de calidad (CARPANI, Guido: "Le garanzie per l'effettività dei LEA: quale ruolo per l'esecutivo e l'amministrazione statale" en TRONCONI, *op. cit.*, pp. 102 y ss).

46 MIRATE, *op. cit.*, p. 45.

47 Existen estudios que apuntan a una buena *performance* del gasto sanitario, a pesar de lo cual ha sufrido constantes restricciones; vid. DIRINDIN, Nerina y RIVOIRO, Chiara: "I dilemmi nel settore sanitario tra sostenibilità económica, sostenibilità culturale e tutela della salute" en IACOVONE, D.; PATERNÒ, R.; FONTANA, F. y CAROLI, M., *Problematiche e prospettive nel percorso di riduzione della spesa pubblica in Italia*, Il Mulino, Bologna, 2014, pp. 127 y ss.

público-privada o fusión de cargos directivos. Otra norma ligada a la *spending review* con influencia en el ámbito sanitario es el Decreto-Ley 158/2012, de 13 de septiembre de 2012, que adopta el sugestivo título de “Disposiciones para el desarrollo del país mediante un nivel más elevado de tutela de la salud”. Allí se prevén, entre otras medidas, nuevas formas organizativas multidisciplinares (*unità complesse di cure primarie*) para la provisión de asistencia 24 horas y 365 días al año, siempre por supuesto dentro del omnipresente límite de la disponibilidad financiera; curiosa cuadratura del círculo. Por citar una norma más reciente, la Ley de estabilidad para 2015 (Ley 190/2014, de 23 de diciembre), prevé un incremento global para el Fondo Sanitario Nacional, pero también aumenta las partidas de gasto de las que debe responder, por lo que en definitiva disminuyen los recursos financieros para el *welfare*<sup>48</sup>. Entre las consecuencias de estas medidas de contención financiera general sobre la sanidad se ha denunciado la obsolescencia del personal y de las infraestructuras, sobre todo en el caso de los inmuebles que albergan hospitales, así como por ejemplo de los instrumentos radiológicos<sup>49</sup>.

Parece evidente que, al margen de que en lo formal todas estas normas prevean la invariabilidad de los servicios para el ciudadano, las últimas reformas se centran prioritariamente en la sostenibilidad económica del servicio sanitario y no en su calidad. Teóricamente la *spending review* debía ser algo distinto de los recortes lineales, pero la sanidad no es un sector que facilite intervenciones puntuales e inteligentes, por la diversidad de márgenes de actuación de región en región y de hacienda en hacienda<sup>50</sup>. La estandarización por otra parte no puede afectar sólo al suministro de bienes, fundamentalmente farmacológicos y ortopédicos, con la apuesta por las centrales de contratación, sino que también tiene que implicar la valoración y comparación de la *performance* de los profesionales sanitarios, lo que supone una mayor complejidad.

Por todo lo visto puede concluirse sin temor al sensacionalismo que la crisis económica ha incidido en la garantía de cobertura financiera de los servicios sanitarios, pero también en otros instrumentos de

garantía de los niveles esenciales de las prestaciones sanitarias. Sin ir más lejos, el *piano di rientro* típico se orienta preponderantemente hacia la reducción del gasto produciendo evidentes déficits de tutela de la salud<sup>51</sup>; las regiones tienen que establecer “techos de gasto” para los prestadores privados de servicios sanitarios públicos que funcionan de forma acreditada en su territorio, de forma que estos prestadores privados pueden negar la prestación al ciudadano si han superado ya ese límite, o atenderles a su cargo<sup>52</sup>; y, frente a todo ello, en último término el acceso a la propia tutela judicial está sujeto también a contingencias económicas. De esta forma, puede afirmarse que la crisis ha acentuado la ambigüedad de las previsiones constitucionales sobre los niveles esenciales de las prestaciones de los derechos sociales, en particular de la sanidad. En este punto se ha producido por tanto un paso atrás importante, volviendo a una configuración de los niveles esenciales de las prestaciones economicista, propia como ya se comentó de los tiempos de las reformas *bis* y *ter*.

## 5. APUNTES PARA LA DISCUSIÓN

Como se ha visto, existen dos impulsos que han movido la configuración reciente del servicio público sanitario en Italia: empresarización y regionalización; siempre con la inquietud por la contención del gasto público, la simplificación y la racionalización administrativa presente. La apuesta por el federalismo fiscal y la reforma constitucional de 2001 fueron una ocasión para seguir avanzando en la misma dirección, pero la irrupción de la crisis económica y la modificación constitucional de 2012, que ha positivizado un principio de estabilidad presupuestaria que en la práctica lleva parejo un fuerte poder de coordinación financiera estatal, ha supuesto una tensión que ha ralentizado, cuando no frenado en seco, el proceso.

En realidad este diagnóstico no es exclusivo del ámbito sanitario, sino que puede predicarse de toda la actividad administrativa. No obstante, en este sector quizás se haya manifestado de forma más exacerbada por la existencia previa de problemas de gobernanza<sup>53</sup> y la persistencia de una fuerte inercia estatal no obstante la tendencia hacia una descentralización que

48 DIMASI, Luca: “Appunti per una riflessione sulle (pre-sunte) criticità del Servizio sanitario nazionale” en TRONCONI, *op. cit.*, p. 131.

49 RICCIARDI, ATELLA, CRICELLI y SERRA, *op. cit.*, pp. 89-98.

50 BISSONI, Giovanni: “Alcune riflessioni” en BOTTARI, FOGLIETTA y VANDELLI, *op. cit.*, p. 16.

51 TUBERTINI, Claudia: “Le garanzie di effettività dei LEA al tempo della crisi” en BOTTARI, FOGLIETTA y VANDELLI, *op. cit.*, pp. 121 y ss.

52 DONATI, *op. cit.*, p. 467.

53 DIMASI: “Appunti per una riflessione... *op. cit.*, p. 132.



en teoría es territorial y funcional, aunque en cierta manera la primera haya fagotizado a la segunda<sup>54</sup>.

En este sentido, un rol importante puede corresponder al Pacto por la Salud, documento programático y de acuerdo financiero entre Estado y regiones. Así, el actualmente vigente, firmado en julio de 2014 y que cubre el período 2014-2016, contempla importantes objetivos de reorganización y reconfiguración de los niveles esenciales de prestación<sup>55</sup>.

Esta noción de niveles esenciales es especialmente interesante desde el punto de vista comparado. No es causalidad así que uno de los objetivos del proyecto de investigación en el que este trabajo se enmarca fuese precisamente, desde la perspectiva española, indagar sobre los modelos jurídicos de organización administrativa que puedan optimizar la prestación de los servicios esenciales (entre ellos la sanidad), una vez redimensionados estos a la vista de una concepción flexible del Estado del bienestar, y teniendo en cuenta tanto la incidencia de la distribución territorial en la prestación de servicios (más allá del cliché de la cooperación y coordinación territorial) como la definición del *quantum* mínimo del contenido de la prestación. La experiencia italiana es en este sentido muy enriquecedora, sobre todo porque está ejemplificando a la perfección la dificultad de su definición y el riesgo de que estos niveles se conviertan en meros instrumentos contingentes de gobierno del gasto.

En relación con ello no puede extrañar que entre las propuestas para lograr la sostenibilidad del SSN se hayan apuntado en Italia medidas que van desde la apuesta por el voluntariado<sup>56</sup> a la revisión a la baja de los niveles esenciales<sup>57</sup>; pasando por propuestas ligadas al empoderamiento (y consiguiente responsabilización) del ciudadano-paciente<sup>58</sup>, con el llamado federalismo solidario<sup>59</sup> y el paso del *welfare State*

a la *welfare community*<sup>60</sup>. Estas últimas ideas están ligadas a la necesidad de asumir el SSN como una riqueza nacional y apostar por su sostenibilidad, no ya únicamente en términos financieros, sino también culturales<sup>61</sup>.

Finalmente y para concluir, más allá de la centralidad del concepto de los niveles esenciales de las prestaciones sanitarias conviene también reflexionar sobre los riesgos asociados a la bipolarización de las mismas en categorías, que además de aleatorias y discrecionales, se influyen recíprocamente. El fenómeno no es ni mucho menos privativo de Italia; lo conocemos en España y se ha debatido a los más altos niveles por ejemplo también en Canadá<sup>62</sup>. Tampoco es exclusivo de Italia el progresivo incremento de las coberturas sanitarias por entidades privadas de tipo mutualístico, que en Francia se han incluso fomentado normativamente en tiempos recientes<sup>63</sup>. En Italia, el protagonismo de estas mutuas, algunas incluso *low-cost* y contratables en el supermercado<sup>64</sup>, sin embargo no es una opción neutral, pues supone en cierta forma un recuerdo de aquellos tiempos, previos a la propia existencia del SSN, en que el Estado no era capaz de asegurar las prestaciones sanitarias. Personalmente confío en que más allá de lo cíclico de la historia, tal situación no tenga que repetirse.

---

sussidiarietà” en ROVERSI MONACO y BOTTARI, *op. cit.*, pp. 75-77.

60 FOGLIETTA, Fosco: “Nuove prospettive del Servizio Sanitario: possibili sinergie tra istituzioni e società civile” en BOTTARI, FOGLIETTA y VANDELLI, *op. cit.*, pp. 36 y ss.

61 DIRINDIN y RIVOIRO, *op. cit.*, p. 131-139.

62 A raíz de un pronunciamiento de la Corte Suprema en 2005 ha empezado a flexibilizarse el tradicional monopolio público sobre los cuidados “medicamente necesarios” que existía en muchas provincias, lo que ha sido visto como germen de un sistema sanitario de dos velocidades. Al respecto, *vid.* BOTO ALVAREZ, Alejandra: “La estructura del sistema sanitario canadiense y el debate sobre los derechos de acceso en Quebec”, *Revista de Administración pública*, núm. 184, 2011, pp. 307-323.

63 En 2014 se aprobó una Ley para aumentar la seguridad jurídica de la cobertura privada de los llamados “servicios sanitarios complementarios” por parte de mutuas. Esta, si bien tiene el objetivo declarado de garantizar los derechos de acceso, fue muy criticada por debilitar el sistema sanitario público universal, financiado a cargo de la fiscalidad pública y dissociado por tanto del consumo y de la capacidad de pago. No se trata de una norma que haya tenido una gestación pacífica, pues una regulación similar ya se había intentado, infructuosamente, en 2011; así motivó incluso una decisión del Consejo Constitucional galo con relación al principio de igualdad y la libertad de empresa. Sobre la cuestión puede verse BOTO ALVAREZ, Alejandra: “La nueva regulación de las mutuas sanitarias en Francia: la Ley 2014-57 y el refuerzo de fórmulas privadas en la Sanidad Pública”, *Revista General de Derecho Administrativo*, núm. 36, 2014.

64 [http://www.repubblica.it/cronaca/2013/03/03/news/il\\_dentista\\_tra\\_i\\_carrelli\\_della\\_spesa\\_nei\\_supermercati\\_la\\_sanit\\_low\\_cost-53756146/](http://www.repubblica.it/cronaca/2013/03/03/news/il_dentista_tra_i_carrelli_della_spesa_nei_supermercati_la_sanit_low_cost-53756146/).

---

54 PIOGGIA, Alessandra: “Razionalizzazione organizzativa in sanità: quali modelli” en BOTTARI, FOGLIETTA y VANDELLI, *op. cit.*, pp. 66 y ss.

55 El texto puede consultarse de manera abierta en [http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC\\_044351\\_82%20CSR%20PUNTO%20%2016%20ODG.pdf](http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_044351_82%20CSR%20PUNTO%20%2016%20ODG.pdf).

56 FAZZI, Luca: “Le riforme del Sistema sanitario e il volontariato” en BOTTARI, FOGLIETTA y VANDELLI, *op. cit.*, pp. 107-120.

57 La propuesta aparece recogida y criticada en TUBERTINI: “Le garanzie di effettività”, *op. cit.*, p. 134.

58 MAGLI, Carolina: “La condotta dell’utente del Servizio sanitario quale criterio di modulazione della cura nell’ottica del contenimento della spesa pubblica” en SESTA, *op. cit.*, pp. 325-355.

59 GALLO, Carlo Emanuele: “La sanità tra solidarietà e



## 6. BIBLIOGRAFÍA

- ANDREIS, Massimo (a cura di): *La tutela della salute tra tecnica e potere amministrativo*, Giuffrè Editore, Milano, 2006.
- BOTO ÁLVAREZ, Alejandra: “La estructura del sistema sanitario canadiense y el debate sobre los derechos de acceso en Quebec”, *Revista de Administración pública*, núm. 184, 2011, pp. 307-323.
- BOTO ÁLVAREZ, Alejandra: “La nueva regulación de las mutuas sanitarias en Francia: la Ley 2014-57 y el refuerzo de fórmulas privadas en la Sanidad Pública”, *Revista General de Derecho Administrativo*, núm. 36, 2014.
- BOTTARI, Carlo: *Tutela della salute ed organizzazione sanitaria*, G. Giappichelli Editore, Torino, 2011.
- BOTTARI, Carlo; FOGLIETTA, Fosco y VANDELLI, Luciano (a cura di), *Welfare e servizio sanitario: quali strategie per superare la crisi*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna, 2013.
- CASSESE, Sabino y TORCHIA, Luisa: *Diritto amministrativo. Una conversazione*, Il Mulino, Bologna, 2014.
- D’ATENA, Antonio: “La reforma constitucional del regionalismo italiano”, *Revista d’estudis autonòmics i federals*, núm. 4, 2007, pp. 9-34.
- IACOVONE, Donato; PATERNÒ, Riccardo; FONTANA, Franco y CAROLI, Matteo, *Problematrice e prospettive nel percorso di riduzione della spesa pubblica in Italia*, Il Mulino, Bologna, 2014.
- JORIO, Ettore: *Diritto sanitario*, Giuffrè Editore, Milano, 2006.
- LEÓN ALONSO, Marta: *La protección constitucional de la salud*, La Ley, Madrid, 2010.
- PIOGGIA, Alessandra: *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, G. Giappichelli Editore, Torino, 2014.
- RICCIARDI, Walter; ATELLA, Vincenzo; CRICELLI, Claudio y SERRA, Federico: *La tempesta perfetta. Il possibile naufragio del Servizio Sanitario Nazionale: come evitarlo?*, Ed. Vita e Pensiero, Milano, 2015.
- ROVERSI MONACO, Fabio y BOTTARI, Carlo (a cura di): *La tutela de la salute tra garanzie degli utenti ed esigenze di bilancio*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna, 2012.
- SAVINO, Mario: “Le riforme amministrative: la parabola della modernizzazione dello stato”, *Rivista trimestrale di diritto pubblico*, núm. 2, 2015, pp. 641-690.
- SESTA, Michele (a cura di): *L'erogazione della prestazione medica tra diritto alla salute, principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitarie*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna, 2014.
- TACCOGNA, Gerolamo: *La disciplina dell'organizzazione amministrativa*, Cedam, Padova, 2014.
- TRONCONI, Livio Pietro (a cura di): *Prospettive in sanità: criticità economiche, giuridiche ed organizzative*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna, 2015.
- TUBERTINI, Claudia: *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni. Il caso della tutela della salute*, Bononia University Press, Bologna, 2008.
- VIDETTA, Cristina (a cura di): *Tutela della salute e semplificazione*, Edizioni Scientifiche Italiane, Università di Torino, 2015.