

# El derecho a la protección de la salud. Su regulación jurídica en España y necesidad de un nuevo modelo de financiación y provisión

## *The right to health protection. Legal regulation in Spain and the need for a new model of financing and provision*

Jose Jerez Iglesias  
*Economista y Doctor en Derecho*

### **RESUMEN:**

La cuestión de la provisión de las prestaciones sanitarias en España plantea interrogantes sobre cómo abordar las causas que inciden en sus síntomas de falta de sostenibilidad y cómo resolver sus ineficiencias más significativas, es decir, cómo encontrar modelos más eficientes de gestión de las prestaciones sanitarias para hacer sostenible el derecho de los ciudadanos a la prestación sanitaria.

### **ABSTRACT:**

The question of the provision of health services in Spain raises questions about how to address the causes that affect their symptoms of lack of sustainability and how to resolve their most significant inefficiencies, that is, how to find more efficient models of health care management for make citizens' right to health care sustainable.

**Palabras Clave:** Provisión y Financiación sanitaria, Eficiencia, Libertad de elección asegurados.  
**Keywords:** Health provision and financing, Efficiency. Freedom of choice insured.

**SUMARIO:** El Derecho de protección de la salud. Su regulación jurídica en España, y necesidad de un nuevo modelo de financiación y provisión. I. Introducción. II. El derecho de protección de la salud. II.1. ¿De qué hablamos? II.2. Regulación jurídica en España. III. El Sistema Nacional de Salud (SNS). III.1. Listas de esperas excesivas. III.2. Desigual atención a los asegurados. III.3. Dificultades de compensación entre sistemas. III.4. Obsolescencia tecnológica sanitaria. III.5. Distorsión de la financiación autonómica. III.6. El gasto público no asigna equitativamente los recursos públicos. III.7. Necesidad de alcanzar la eficacia y eficiencia para hacer sostenible el SNS. IV. Propuesta de un modelo alternativo de financiación y provisión de las prestaciones sanitarias. IV.1. Principios en los que se fundamenta. IV.2. Diagrama y características básicas del modelo. IV.3. Centros concertados públicos y privados. IV.4. La financiación. IV.5. Ventajas del modelo propuesto. V. Conclusiones. VI. Bibliografía.

## I. INTRODUCCION

El principal objetivo de esta colaboración es reflexionar sobre la necesidad de encontrar modelos de gestión de la financiación y provisión de las prestaciones sanitarias más eficientes para hacer sostenible el derecho a la prestación sanitaria de los ciudadanos, compatibilizando la reforma necesaria con el cumplimiento de los mandatos constitucionales del artículo 14 CE, que garantiza la igualdad de todos los españoles, y los del artículo 31.2. CE, que exige asignar equitativamente los recursos públicos con criterios de eficiencia y economía.

Con esta finalidad investigamos la situación actual del Sistema Nacional de Salud (SNS) en España, y tratamos de objetivar lo que denominamos ineficiencias del sistema e identificamos las razones fundamentales para plantear una reforma profunda del sistema de financiación y provisión actual. Formulamos nuestra propuesta de reforma del SNS, con un modelo alternativo de financiación y provisión de las prestaciones sanitarias, basado en los principios de competencia, eficacia, eficiencia y libre elección de los asegurados entre centros concertados públicos y privados.

## II. EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

### II.1. ¿De qué hablamos?

El derecho a la protección de la salud se recoge en la Declaración Universal de Derechos Humanos (ONU 1948), donde en su artículo 25.1. se declara:

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y, en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, y los servicios sociales necesarios.”

Del mismo modo, el derecho a la protección de la salud figura incorporado en el artículo 12.1. del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU 1966) al reconocer el “derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.” El derecho a la protección de la salud es un derecho de vital importancia para el disfrute de los demás derechos humanos, como el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación, etc, por lo que podemos considerar es un “a priori” para el disfrute de los demás derechos fundamentales.

Es evidente que ningún Estado puede garantizar totalmente la buena salud, ni proporcionar protección contra todas las causas de una mala salud de la persona. Existen factores genéticos, estilos de vida poco apropiados o arriesgados que suelen influir en la calidad de la salud de la persona y también el azar. Por ello, el derecho al “más

alto nivel posible de salud” debe entenderse como un derecho al disfrute de bienes, servicios y condiciones, dentro de los recursos con que cuentan los Estados.

Desde el punto de vista del derecho internacional de los derechos humanos, el derecho a la protección de la salud figura en un lugar preeminente, bien como parte integrante de otros derechos, como límite al ejercicio de otros derechos, o como un derecho con entidad propia. De hecho, en el caso de España, el artículo 10.2. de la Constitución declara: “Artículo 10.2. Las normas relativas a los derechos fundamentales que la Constitución reconoce, se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España.”

Respecto de cómo se puede llevar a cabo su justiciabilidad para hacer efectivo su cumplimiento, el PIDESC en su artículo 16<sup>1</sup> establece un procedimiento basado en la presentación de informes sobre las medidas adoptadas por los Estados que puedan considerarse contrarias al pacto, que es un Tratado Internacional, dirigido al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, quienes emitirán, en su caso, una recomendación, aunque sabemos que no tiene carácter vinculante. Sin embargo, se ha producido un avance en la justiciabilidad de este derecho mediante la aprobación del Protocolo Facultativo PIDESC de 2008, que incluye un procedimiento mediante el cual, las personas o grupos de personas que estén bajo la jurisdicción de un Estado Parte podrán presentar, en caso de violación de algún derecho establecido en el Pacto, una comunicación.

En el marco del Consejo de Europa, existe el Convenio Europeo de Derechos Humanos de 1953 (CEDH) que es de aplicación en España por haberlo ratificado en 1979. El Convenio no incluye el derecho de salud, se centra principalmente en derechos civiles y políticos, y se dejó a la protección de los llamados derechos sociales a la Carta Social Europea.

La Carta Social Europea de 1961 (CSE), fue ratificada en su integridad por España en 1980. Incorpora un amplio elenco de derechos económicos y sociales y reconoce nítidamente el derecho a la salud. En el artículo 11 de la Carta<sup>2</sup>, los Estados se comprometen a proteger la salud, mediante la implementación de medidas adecuadas para eliminar las causas de salud deficientes, el establecimiento de servicios que tiendan a la mejora y a la prevención de enfermedades. El artículo 13 de la Carta<sup>3</sup> señala que para garantizar el ejercicio efectivo del derecho, las partes se tendrán que comprometer

---

<sup>1</sup> “Artículo 16.1. Los Estados Parte en el presente pacto, presentaran sus informes por etapas, con arreglo al programa que establecerá el Consejo Económico y Social en el plazo de un año desde la entrada en vigor del presente Pacto, previa consulta con los Estados Partes y con los organismos especializados interesados.”

<sup>2</sup> “Artículo 11. Toda persona tiene derecho a beneficiarse de cuantas medidas le permitan gozar del mejor estado de salud que pueda alcanzar”

<sup>3</sup> “Artículo 13. Toda persona que carezca de recursos suficientes tiene derecho a la asistencia social y médica”

ter a velar para que toda persona pueda obtener una asistencia adecuada y en caso de enfermedad, los cuidados que exija su estado. Es de resaltar que el Anexo a la Carta se dispone que solo comprenden a los extranjeros que residan legalmente o trabajen regularmente en el Estado Parte, por lo que la población inmigrante irregular quedaría excluida de su ámbito de protección.<sup>4</sup>

Por su parte, la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2000), que entró en vigor por el Tratado de Lisboa adquiere el mismo carácter jurídico que los Tratados conforme al artículo 6 del Tratado de la Unión Europea. Esta Carta está considerada como un paso importante para la consecución de los valores propios del constitucionalismo. Entre los derechos que reconoce se encuentra el de Derecho a la Protección de la Salud, recogido en el artículo 35:

“Toda persona tiene derecho a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana”.

## **II.2. Regulación jurídica en España**

El artículo 43 de la Constitución española de 1978 (CE), recoge el derecho a la protección de la salud en los siguientes términos:

- “1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.
3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Así mismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.”

La cuestión de la clasificación de los derechos fundamentales en función del grado de tutela o garantía que a los respectivos derechos concede el texto constitucional español no es una tarea pacífica, debido a la sistemática de positivación de los derechos fundamentales que adopta nuestra Constitución. No existe una clasificación metodológica en función de los niveles de tutela de los diversos tipos de derechos, si bien ha de reconocerse que en el campo del Derecho comparado no existen tampoco criterios unánimes ni a efectos clasificatorios ni en uso terminológico.

---

<sup>4</sup> Anexo Carta Social. Ámbito de aplicación de la Carta Social en lo que se refiere a las personas protegidas. “Artículo 1. Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 12, párrafo 4, y en el artículo 13, párrafo 4, las personas a que se refieren los artículos 1 a 17 solo comprenden a los extranjeros que, siendo súbditos de otras Partes Contratantes, residan legalmente o trabajen regularmente dentro del territorio de la Parte Contratante interesada, entendiéndose que los artículos precitados se interpretarán a la luz de las disposiciones contenidas en los artículos 18 y 19”

Por otro lado, es necesario, antes de avanzar, acudir a las clasificaciones o status, según Jellinek <sup>5</sup>, en que se puede encontrar el individuo en relación con el Estado:

**a) El status pasivo o status subjectionis.** Es una relación de sumisión del individuo con el Estado. Se centra en el deber individual.

**b) El status negativo o status libertatis.** Es la esfera de libertad individual, de actos jurídicamente indiferentes para el Estado.

**c) El status positivo o status civilis.** Es una capacidad jurídicamente protegida del individuo a exigir prestaciones positivas del Estado.

**d) El status activo o status de la ciudadanía activa.** Es permitir la participación del individuo, convertido en ciudadano, en la configuración de la voluntad estatal, como por ejemplo el derecho al sufragio. Muchas son las opiniones e interpretaciones de clasificación de los derechos fundamentales en función de su garantía constitucional que ofrece la Constitución española.

Siguiendo la opinión de Alzaga<sup>6</sup>, podemos clasificar los derechos fundamentales de nuestra Constitución, conforme a los siguientes grupos:

#### **a) Derechos fundamentales dotados de las máximas garantías**

Son los incluidos en la sección 1ª del Capítulo Segundo del Título I, artículos 15 a 29: El derecho a la vida y a la integridad física, la libertad religiosa e ideológica, plazo máximo de detención preventiva, derechos de los detenidos, procedimiento de habeas corpus, derecho al honor, a la intimidad y a la propia imagen, etc. Sin embargo, a pesar de la denominación de la sección “de los Derechos fundamentales y de las libertades públicas”, se incluye contenidos que no son ni derechos fundamentales ni libertades públicas. Por ejemplo, el artículo 20.3. CE dispone que “la ley regulará la organización y el control de los medios de comunicación social dependientes del Estado”, no proclama ni garantiza ningún derecho fundamental, y en la misma línea, el artículo 27.10 CE reconoce la Autonomía de la Universidad, en los términos que establezca la ley, se establece una garantía institucional, pero no se declara un derecho fundamental. Es decir, en la Sección 1ª del Capítulo Segundo del Título I “entre los derechos fundamentales propiamente dichos que integran tal sección hay normas de diversa naturaleza, principios organizativos, garantías constitucionales, garantías procesales de algunos de los cuales, claro está, pueden deducirse, en su caso y día, derechos subjetivos propiamente dichos.”<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> JELLINEK, G. Citado por Alzaga, O, y otros en “Derecho Político Español”. Tomo II. Ed. R Areces 1998, pp. 37 -38

<sup>6</sup> Ibídem pp. 39-42

<sup>7</sup> Ibídem, p. 40

### **b) Derechos y deberes de los ciudadanos**

Son los incluidos en la Sección 2ª del Capítulo Segundo del Título I, es decir, los relacionados en los artículos 30 a 38 CE de contenido diverso. El derecho y el deber de defender a España, la objeción de conciencia, deberes con el fisco, derecho a contraer matrimonio, a la propiedad. Junto a derechos y deberes, se incluyen contenidos de muy diversa naturaleza, como el artículo 36 CE que determina que “la Ley regulará las peculiaridades propias del régimen jurídico de los Colegios Profesionales”, o el artículo 38 CE que define el marco de la economía de mercado.

### **c) Los principios rectores de la política social y económica**

Son los derechos que formula el Capítulo Tercero del Título I, que incluye los artículos 39 a 52 CE y que, por tanto, incluye el artículo 43 CE que recoge el derecho a la protección de la salud. Estos principios rectores, proclaman que estos derechos serán objeto de reconocimiento, respeto y protección en la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos. Estos preceptos constitucionales no son de aplicación directa o inmediata y, por tanto, solo podrán ser alegados de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 53.3 CE ante la Jurisdicción ordinaria, de acuerdo con lo que dispongan las leyes que los desarrollen.

A la vista de lo expuesto, se puede afirmar que los preceptos del Capítulo Tercero del Título I de la Constitución española de 1978, están catalogados como principios rectores de la política social y económica. Al emplear el término principios, la constitución no consagra derechos subjetivos propiamente dicho, ni pertenecen al “status negativo” de que hablaba Jellinek, directamente alegables por los particulares y ni siquiera son propiamente derechos subjetivos ubicables en el “status positivo” del mismo autor, puesto que no se trata de derechos del ciudadano a exigir del Estado acciones prestacionales. La eficacia jurídica de estos principios viene claramente definida en el artículo 53.3. CE: “El reconocimiento, el respeto, y la protección de los principios reconocidos en el Capítulo Tercero informarán la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos. Solo podrán ser alegados ante la Jurisdicción ordinaria de acuerdo con lo que dispongan las leyes que los desarrollen.” Por tanto, la expresión del artículo 43.1. CE que afirma que: “Se reconoce el derecho a la protección de la salud”, es una expresión impropia, que ha sido englobada en los denominados “derechos aparentes”.<sup>8</sup> La condición “principios informadores”, no obstante, de acuerdo con el artículo 53.3. CE impide considerar a tales principios como normas sin contenido, obligando a

---

<sup>8</sup> JIMENEZ, J., citado por Alzaga, O, y otros en “Derecho Político Español”, Tomo II, Ed. R Areces, 1998, p. 200.

tenerlos presentes en la interpretación tanto de las respectivas normas constitucionales como de las leyes.<sup>9</sup>

Es una cuestión que no es pacífica en la doctrina ni tampoco en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional, llegando este en algunas sentencias a equipararlo en protección y garantía al derecho a la vida, considerándolo así como un derecho fundamental. Para Pinto Palacios, F “la doctrina dominante considera que estos preceptos no reconocen auténticos derechos fundamentales”, aunque reconoce que “a pesar de la eficacia limitada de estos derechos, no se puede marginar su importancia e identificarlos sin más con los llamados derechos sociales y culturales”.<sup>10</sup>

Por su parte, Marcos del Cano, dice que “consideramos el derecho a la protección de la salud como un derecho fundamental con la misma protección de estos, por su intrínseca e indisoluble unidad al derecho a la vida y a la integridad física y psíquica, además de que es un requisito previo para poder disfrutar del resto de los derechos”<sup>11</sup>, desde nuestro punto de vista consideramos el derecho natural primigenio, el derecho a la protección de la salud, pero desde un punto de vista de derecho constitucional, debemos reconocer que la naturaleza jurídica del derecho a la protección de la salud es la de “principios reconocidos” que “solo podrán ser alegados ante la jurisdicción ordinaria de acuerdo con lo que dispongan las leyes que lo desarrollen”, según se define claramente en el artículo 53.3.CE.

Hay que añadir que sobre la naturaleza jurídica del Derecho a la Protección de la Salud en España, existe un amplio debate acerca de la exigibilidad que pueda tener los derechos no incluidos como Derechos fundamentales, que gozan del recurso de amparo del artículo 53.2. CE, no siendo así para los que se contemplan en el Capítulo III como principios rectores. El artículo 53.3. CE sobre los principios rectores indica con toda claridad que “solo podrán ser alegados ante la jurisdicción ordinaria de acuerdo con lo que dispongan las leyes que los desarrollan.” El fondo de la cuestión que se discute, es si el Derecho a la Salud debería considerarse como un Derecho Fundamental o por el contrario mantenerse como un Principio Rector del ordenamiento, aunque se garantice el derecho en la legislación que lo desarrolle, mediante mecanismos jurídicos que impliquen una obligación ineludible para los poderes públicos. Así, se estaría ante la interpretación literal del artículo 53.3. CE, en su primera parte “El reconocimiento, el respeto y la protección de los principios reconocidos en el Capítulo III informarán la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos”<sup>12</sup>

<sup>9</sup> SSTC 19/1982, de 5 de mayo, 15/1989, de 26 de febrero y 14/1992, de 10 de febrero, citadas por Alzaga, O, y otros en “Derecho Político Español”, Tomo II, Ed. R Areces, 1998, p. 201

<sup>10</sup> PINTO F., “Consideraciones éticas y jurídicas acerca de la exclusión de la población inmigrante del derecho a la protección de la salud”, *Dilemata*, 2015, número 19, p. 118.

<sup>11</sup> MARCOS DEL CANO, A.M. “El Derecho a la Salud desde el punto de vista ético-jurídico”, *Ius Et Scientia*, Vol. 2, 2016, p. 25

<sup>12</sup> DIEZ-PICAZO señala que los Derechos contenidos dentro de los principios rectores del ordenamiento constitucional tienen una faceta que les salva de ser simplemente promesas incumplidas a pesar de no ser directamente invocables, ya que encarna valores o bienes jurídicos constitucionales

“Para que el derecho a la salud esté asegurado, en tanto no se incluya dentro de los Derechos Fundamentales, apelables directamente ante los tribunales, jurídicamente se está en una situación similar a la existente, ya que cualquier legislación es modificable por las mayorías parlamentarias, situación que es exactamente la actual”<sup>13</sup>

Por otro lado, el Tribunal Constitucional, en algún pronunciamiento, ha asimilado el derecho a la protección de la salud, como el derecho a la vida, dándole la misma protección jurisdiccional<sup>14</sup>.

Con la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, se concretó el derecho fundamental a la protección de la salud, seguida posteriormente con la Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, y la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, con lo que se concretan los derechos de los pacientes a fin de alcanzar el nivel más alto posible de salud, se garantiza la igualdad de las prestaciones en todo el territorio nacional. Debemos reseñar que la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en su Exposición de Motivos II, declara “es el reconocimiento en el artículo 43 y en el artículo 49 de nuestro texto fundamental del derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud, derecho que para ser efectivo, requiere de los poderes públicos la adopción de las medidas idóneas para satisfacerlos.” En consecuencia, el derecho a la protección de la salud está reconocido en la Ley 14/1986, con fundamento en el principio rector constitucional que declara el artículo 43 CE.

Por otra parte, es necesario resaltar que “el artículo 43.2 CE no prescribe un régimen público de salud, sino que manda a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Es decir, que debe existir un sistema de salud pública – y aquí el adjetivo pública no califica, por el género con que se utiliza, al sistema sino a la salud, siendo por tanto sinónimo de comunitaria o general, organizado y tutelado por la Administración, lo que sin embargo no prejuzga la forma de gestión de dicho sistema ni su régimen jurídico, de modo que el poder público podría organizar formas privadas de prestación del servicio, siempre que ejerciera efectiva y eficientemente sobre ellas su tutela.”<sup>15</sup>

---

mente dignos de protección y tienen una función primordial en la función judicial como es la de la ponderación (Sistema de Derechos Fundamentales, Madrid, Civitas Ediciones, 2008, 3º ed, pags. 66-67), citado por MARCOS DEL CANO y MENDEZ en el Derecho a la salud. Perspectivas tras la crisis, revista de derecho UNED, num. 19, 2016, p. 178.

<sup>13</sup> MARCOS DEL CANO y MENDEZ, El Derecho a la Salud. Perspectivas tras la Crisis. Revista de *Derecho UNED*, número 19, 2016, p. 178

<sup>14</sup> Véase ATC 239/2012, que levanta la suspensión que pesaba sobre el Decreto del País Vasco 114/2012 de 26 de Junio, que establecía la titularidad universal del Derecho a la Salud al extenderlo a las personas en caso de no tener acceso a un sistema de protección sanitaria pública por cualquier otro título, citado por MARCOS DEL CANO y MENDEZ, El Derecho a la Salud. Perspectivas tras la Crisis, *Revista de Derecho UNED* nº 19, 2016, p.178

<sup>15</sup> VAQUER, M., “La descentralización de la asistencia sanitaria pública en forma de fundaciones de derecho privado”, en *Derecho de la Sanidad: Seis estudios*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1999, p. 154

### **III. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS)**

El Sistema Nacional de Salud (SNS) es el resultado de la descentralización de las competencias sanitarias que se han ido modificando desde su origen en 1942 con el Seguro Obligatorio de Enfermedad, con la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963 y posteriormente con la Constitución española de 1978 (artículos 43, 49 y 53.3 CE), completado posteriormente con la ley 14/1986, de 5 de abril, General de Sanidad, en la que se realiza una integración de todos los recursos públicos en el Servicio de Salud. Un análisis de su situación actual nos permite objetivar las ineficiencias del SNS más significativas:

#### **III.1. Listas de esperas excesivas**

La situación de la lista de espera quirúrgica y de acceso a una consulta con un médico especialista en el Sistema Nacional de Salud a fecha 31 de diciembre de 2016, tiene una progresiva evolución al retraso y por tanto al crecimiento del número de personas en espera. Como pacientes pendientes de una intervención se entiende aquellos que se les ha prescrito una intervención no urgente para la cual se tiene previsto el uso del quirófano y, además, están incluidos en un registro de pacientes pendientes de una intervención y la fecha de entrada en dicho registro es la de prescripción. Para los pacientes pendientes de una primera consulta en Atención Especializada, se utiliza el mismo criterio que para la lista de espera quirúrgica. Según la información facilitada por el Ministerio de Sanidad, la situación a 31 de diciembre de 2016 por Comunidades Autónomas el tiempo medio de espera en España para ser operado en el SNS es de 115 días (en junio de 2016 era de 83 días) y afectaba a 614.101 personas (en junio de 2016 eran 569.097 pacientes).<sup>16</sup> La situación en el tiempo de espera para consultas externas y especialidades también ha empeorado hasta alcanzar los 72 días de media (en junio de 2016 eran 52 días). Las listas de espera se ven influenciadas por el envejecimiento de la población, “aunque la longevidad no es un problema estrictamente, ya que mejora la esperanza de vida (...), pero conlleva un mayor gasto sanitario y asistencial”<sup>17</sup>

#### **III.2. Desigual atención a los asegurados**

Uno de los efectos más perversos del Sistema Nacional de Salud, es haberse convertido en diecisiete sistemas de salud, independientes entre sí, jerárquica y finan-

---

<sup>16</sup> Sistema de Información sobre listas de espera en el Sistema Nacional de Salud – SISLE – SNS, 2016.

<sup>17</sup> MARCOS DEL CANO, A.M. y MENDEZ MARTIN, J. “El Derecho a la Salud. Perspectivas tras la Crisis”. Revista de Derecho UNED n° 19, 2016, pág. 179.

cieramente, lo que supone romper el principio constitucional de igualdad de los españoles ante la ley, “los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social” (artículo 14 CE).

Esta desigualdad se pone de manifiesto cuando un español residente en una comunidad autónoma, necesita ser atendido en un centro sanitario de otra comunidad, donde será atendido como un asegurado de otra comunidad, sin derecho a las mismas prestaciones de los asegurados residentes en esa comunidad.

### **III.3. Dificultades de compensación entre sistemas**

Con carácter extrapresupuestario y al objeto de garantizar la cohesión y equidad en el Sistema Nacional de Salud, mediante la cobertura de los desplazamientos entre comunidades autónomas de personas que gozan de la condición de asegurado, se creó el Fondo de Garantía Asistencial. El Fondo está destinado a la compensación entre las comunidades autónomas por las actuaciones que sus servicios asistenciales y de la suplementaria a las personas que gozan de la condición de asegurada en el Sistema Nacional de Salud en sus desplazamientos temporales. A tal fin se creó una tarjeta sanitaria individual del Sistema Nacional de Salud, con el fin de realizar una adecuada gestión y seguimiento del Fondo de Garantía Asistencial. A fecha de hoy, la realidad es que el Fondo de Cohesión Asistencial, poco a poco, se ha ido quedando sin financiación del Estado (93,3 millones en 2012, 2,3 millones en 2015, 0 millones en 2016), pasando a ser de exclusiva “naturaleza extrapresupuestaria” desde 2016.

### **III.4. Obsolescencia tecnológica sanitaria**

España no cumple con las directrices europeas de la COCIR (Comité Europeo de Coordinación de la Industria de Electro-medicina, Radiología y Cuidado de Salud). En equipos de alta tecnología, según SERAM (Sociedad Española de Radiología Médica), solo un 34% de las tomografías computarizadas (TC) tenían menos de cinco años de antigüedad, el 44% tenía entre cinco y diez años y el 23% incluso hasta más de diez años. Las resonancias magnéticas, un 33% tiene más de 10 años y un 25% tiene menos de cinco años. “Si en el caso de las TC España ocupa el quinto lugar por la cola en Europa en obsolescencia tecnológica con las RM aparece en el último lugar. La solución y el problema es cómo financiar el plan: ¿Cómo pagarán los hospitales? La situación no es crítica, pero el problema es muy serio”<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> GAYETE, A, Presidente SERAM, Diario Médico 11-06-17.

### **III.5. Distorsión de la financiación autonómica**

El modelo de financiación actual de las Comunidades Autónomas, es motivo de insatisfacción para todos. Nadie está conforme con la fórmula de asignación de recursos financieros desde el Estado a las autonomías. Posiblemente uno de los capítulos que genera más conflictividad es el correspondiente a la financiación de las prestaciones sanitarias del derecho a la protección de la salud de los ciudadanos. Las distorsiones entre autonomías se producen por una diversidad de causas de distinta naturaleza.

### **III.6. El gasto público no asigna equitativamente los recursos públicos**

La financiación del Derecho de Protección de la Salud reconocido en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, con fundamento en el principio informador constitucional que declara el artículo 43 de la Constitución española (CE) constituye un deber para la Administración del Estado. Del mismo modo constituye un deber también para la Administración del Estado cumplir lo dispuesto en el artículo 31.2 CE que dice: "El gasto público realizará una asignación equitativa de los recursos públicos, y su programación y ejecución responderán a los criterios de eficiencia y economía".<sup>19</sup>

### **III.7. Necesidad de alcanzar la eficacia y eficiencia para hacer sostenible el SNS**

Cualquier solución que se busque para reorientar el Sistema Nacional de Salud, debería estar fundamentado sobre las premisas de financiar la producción y no el coste, sea el que sea, de mantener los centros sanitarios. Para que el coste de producción de las unidades de prestación de los servicios sanitarios pueda considerarse eficiente, se requieren dos condiciones:

1. Ampliar el número de centros sanitarios competentes, públicos y privados, que constituyan una gran fuente de provisión en competencia eficiente, compatible con la eficacia, que permita garantizar la cantidad de producción, su calidad y el tiempo demandado por los asegurados.

2. Para que esto sea posible, hay que dotar a los asegurados de la facultad de libre elección del centro sanitario, público o privado, porque ellos acudirán donde mejor se consideren atendidos en cantidad, calidad y tiempo. La necesidad de la eficiencia, además de ser una obligación constitucional (31.2.CE), tiene una dimensión ética, porque "la peor de las éticas es la del despilfarro, no siendo eficientes, aun teniendo que reiterar los economistas de la salud hasta la saciedad que el objetivo de la eficacia no es minimizar costes sino mejor servir al bienestar con unos recursos limitados".<sup>20</sup>

---

<sup>19</sup> Artículo 31.2 CE

<sup>20</sup> LOPEZ- CASASNOVAS, G. Diario Médico, 20-11-2016, pag. 3

## IV. PROPUESTA DE UN MODELO ALTERNATIVO DE FINANCIACION Y PROVISION DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS

### IV.1. Principios en los que se fundamenta:

#### a) *Principios de eficacia, eficiencia y efectividad*

Aparentemente, las tres palabras vienen a significar lo mismo. Sin embargo, cuando nos adentramos en el mundo económico y particularmente en el ámbito del empleo de los recursos públicos, podemos diferenciarlo mucho más. Así, por ejemplo, es eficaz un antibiótico que consigue acabar con la enfermedad, y sería eficiente, si la consecución de ese objetivo sanitario se alcanza a un mínimo coste, sin alterar la calidad.

La efectividad es la unión de eficacia y eficiencia, es decir, busca lograr un efecto deseado, en el menor tiempo posible y con la menor cantidad de recursos empleados, sin disminuir la calidad. Por ejemplo, una bombilla de bajo consumo es eficiente, pues puede iluminar igual que una de filamento, y por tanto, es igual de eficaz, pero al consumir menos, logra la efectividad. Desde el punto de vista del modelo que proponemos, es necesario que con él se consiga la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema Nacional de Salud. El objetivo de la eficacia, como principio en este modelo, es conseguir la producción de la cantidad de unidades sanitarias demandadas, con la calidad necesaria y en el menor tiempo que cumpla la finalidad pretendida. La cantidad de producción de servicios sanitarios, se concreta en satisfacer la demanda total, según la Cartera de Servicios que incluya el modelo propuesto, a cuyo propósito se aumentan los recursos humanos y de tecnología sanitaria, mediante la concertación de centros sanitarios públicos y privados.

La calidad de la producción de servicios sanitarios, como principio del modelo, requiere, en primer lugar, conseguir la más alta formación en pregrado, postgrado y permanente de los recursos humanos, además de contar con una red de centros concertados, con inmuebles, instalaciones, y equipos tecnológicos sanitarios en fase de vida vigente, a cuyo fin el modelo prevé pagar un precio, tanto por las inversiones no reversibles, como por las tareas de educación y formación, además de un plan financiero para facilitar las nuevas inversiones, en las condiciones más adelante descritas.

El tiempo mínimo de realización de las prestaciones, como principio, pretende hacer desaparecer las interminables listas de espera, con el efecto combinado del aumento de ofertas de centros sanitarios y la facilidad de libre elección de los asegurados, que podrán optar por el centro público o privado concertado, de cualquier punto del territorio español que considere conveniente. Por su parte, la eficiencia del modelo propuesto se basa en financiar, desde la Administración Central del Estado, las prestaciones sanitarias del catálogo, a los precios por unidad de prestación que se determine en el Baremo de Precios, que realizará y actualizará la comisión de expertos que se cree al efecto, aplicable tanto en centros concertados públicos como privados.

Con la aparición de lo que Peter Drucker <sup>21</sup> denominó trabajo del conocimiento, se da el significado más ajustado de las palabras de eficacia, eficiencia y efectividad. Para Peter Drucker en el trabajo manual característico de la era industrial, la clave fue la mejora de la productividad, es decir, la mejora de la eficiencia. Los avances en productividad del último medio siglo XX han permitido alcanzar los niveles actuales de desarrollo económico y social. Ahora, en el trabajo del conocimiento, lo importante es alcanzar la efectividad, aunque como decía este autor, en efectividad estamos “en pañales”. “Los gerentes tendrán que convertirse en empresarios, tendrán que aprender a construir y administrar organizaciones innovadoras” <sup>22</sup> para alcanzar la eficacia, la eficiencia y, en definitiva, la efectividad de los recursos públicos destinados a financiar la provisión de las prestaciones sanitarias para hacer efectivo el derecho de protección de la salud.

### ***b) Principios de competencia y libre elección del asegurado***

En el modelo de financiación y provisión de las prestaciones sanitarias que proponemos, es una condición necesaria la existencia de un cierto equilibrio entre demandantes de las prestaciones (los “asegurados”) y los prestadores de los servicios sanitarios (los centros concertados, públicos y privados). Al tener los “asegurados” la libertad de elección de centro para ser atendidos, y el hecho de que los ingresos de los centros serán los que cada uno de ellos obtengan con la facturación de las prestaciones sanitarias prestadas, se produce una situación de competencia entre centros concertados, que es el fundamento que da sustento a la eficiencia. Sin competencia equilibrada no se puede concebir la eficiencia y la efectividad de los recursos públicos empleados en financiar el derecho de protección de la salud. Cuando planteamos aquí la competencia, no estamos proponiendo una libre competencia, sinónimo de libre mercado, donde la fundamental orientación para tomar las decisiones económicas proviene de los precios. En la propuesta de nuevo modelo de financiación y provisión de las prestaciones sanitarias que estamos haciendo, el factor precio queda excluido en el principio de competencia, al venir predefinido desde la Administración Central el Baremo de Precios de las distintas unidades de prestación de servicios sanitarios. Por ello el principio de competencia se refiere, fundamentalmente, a la necesidad que tendrán los centros concertados en ser “competentes” en el desempeño de la gestión asistencial en calidad, tiempo y cantidad, para atraer a los asegurados, y obtener así unos ingresos anuales que les permita hacer viable la entidad. Este sistema

---

<sup>21</sup> DRUCKER, P. “La Gerencia. Tareas, responsabilidades y prácticas. 4ª Ed, P.23, 1981. Editorial Ateneo. Buenos Aires.”

<sup>22</sup> *Ibidem*, p. 22

de competencia imperfecta, al excluir la competencia producida por el factor precio, permite la transformación de los centros públicos en centros públicos concertados con ciertas ventajas competitivas por el buen nivel asistencial que, en general, ya tienen. En este modelo es necesario un cambio de mentalidad, especialmente en los equipos directivos de centros públicos, para pasar de una “gestión presupuestaria” a una “gestión de resultados”, lo que implica un cambio de cultura de gestión de todos los recursos (humanos, tecnológicos, retributivos, de inversiones, compras, proveedores, etc.). “España puede mejorar, sin duda. Por ejemplo, haciendo que los hospitales compitan entre sí, de manera que los pacientes puedan elegir siempre el que le brinde mejor calidad.”<sup>23</sup> Al otorgarle a los demandantes (los asegurados) la facultad de libre elección de centro sanitario donde será atendido, la decisión que adopte al acudir a uno en lugar de a otro, no estará influida por el factor precio, que estará previamente fijado y lo soportará la administración central, sino que la tomará en función de donde encuentre las mejores expectativas de recibir una asistencia personal y sanitaria de calidad. La libre elección de centro por los asegurados se debe concretar cuando se implante el modelo propuesto.

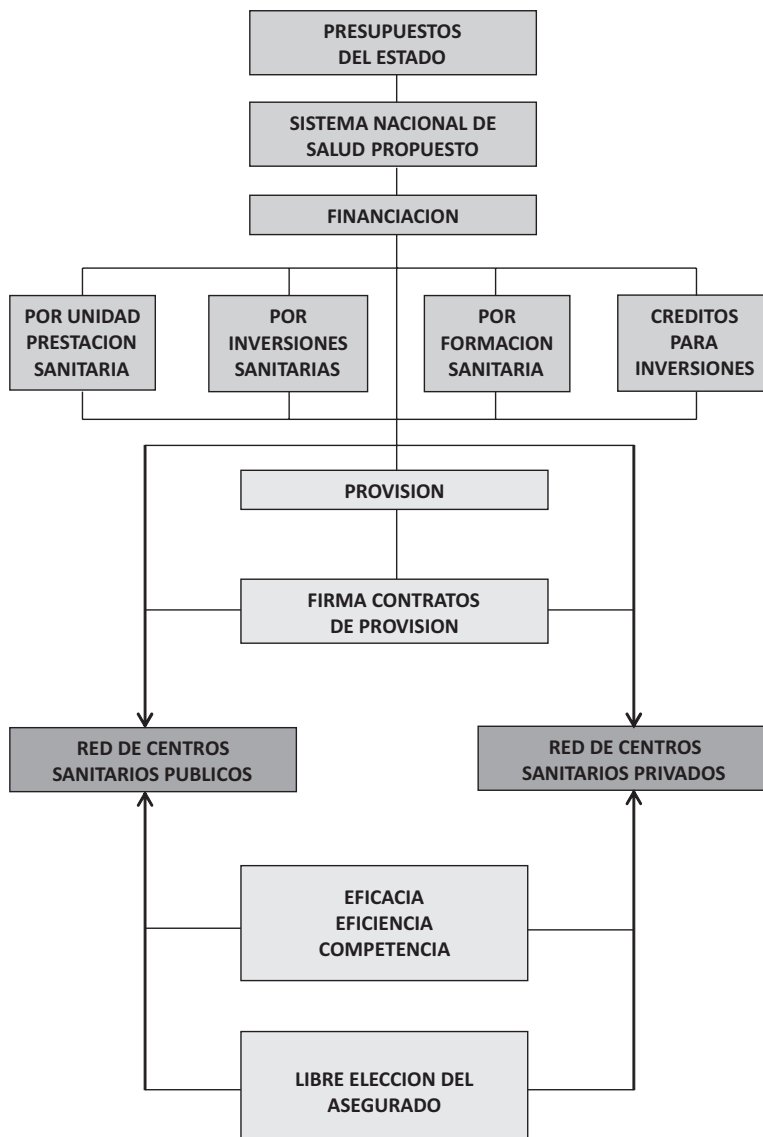
#### **IV.2. Diagrama y características básicas del modelo.**

El Estado, en virtud de lo establecido en el artículo 149.1.16 de la Constitución Española, goza de las facultades de establecer los principios y criterios sustantivos que permitan conferir al sistema sanitario las características generales y comunes que sean fundamento de los servicios sanitarios en todo el territorio del Estado. Será necesario modificar en algunos artículos, tanto la Ley 14/1986, General de Sanidad, y la legislación concordante y complementaria que la desarrolla, así como ciertas disposiciones autonómicas que pudieran ser afectadas.

---

<sup>23</sup> SCHEFFLER, R. Profesor de Berkeley, California (EEUU). Diario ABC Salud. 16-09-17, Pag. 8

### DIAGRAMA BÁSICO DEL MODELO



Fuente: Elaboración propia. José Jerez Iglesias

Como puede verse en el diagrama anterior, el modelo propuesto se caracteriza por separar la financiación del derecho de la protección a la salud, de la provisión de las prestaciones sanitarias de tal derecho. Desde el punto de vista de la financiación es necesario revertir esta competencia desde las Comunidades Autónomas, avocándola a

la Administración General del Estado para incluirla como partida de los Presupuestos del Estado, que sería gestionada dentro del Sistema Nacional de Salud que se propone. Desde el Sistema Nacional de Salud se financiaría la provisión de las prestaciones sanitarias, mediante un sistema de financiación de la producción de las prestaciones sanitarias realizadas en una red de centros públicos y privados, previamente concertados. La separación entre financiador, comprador y productor de los servicios sanitarios ha sido propuesta por varios autores, entre otros Barea Tejeiro y Gómez Ciria.<sup>24</sup>

El precio a pagar por la provisión de las prestaciones sanitarias será fijado dentro de un Baremo de Precios a financiar, que será revisado y actualizado para cada anualidad con los criterios técnicos, profesionales y económicos que correspondan. El precio a financiar comprenderá, en su caso, los siguientes conceptos desglosados: Precio por prestación sanitaria básica (PSB), Precio por inversiones no reversibles (PI), Precio por educación y formación (PFS).

Cada centro concertado, público o privado, realizará un presupuesto anual de actividad con la estimación de sus Ingresos, Gastos y Resultados, debiendo tener autonomía absoluta de gestión, respondiendo de la misma ante sus titulares, que en el caso de los centros públicos serán por lo general las Comunidades Autónomas. El resultado anual de cada centro público (positivo o negativo) corresponde al titular del mismo, quien deberá determinar en su normativa propia el destino del mismo. Simultáneamente formalizarán sus planes anuales de inversiones de inmuebles, instalaciones, equipos, mobiliario, etc, con un horizonte temporal de cinco años.

Cada centro, público o privado, deberá ser concertado, mediante la firma de un Contrato de Concerto de Provisión, que incluirá los Planes de Inversiones y de Educación y Formación. Los Planes de Inversiones, una vez aprobados por el Sistema Nacional de Salud, serán financiados parcialmente por un Crédito de Tesorería, en las condiciones financieras y de garantías necesarias, así como en consideración al nivel de endeudamiento sobre PIB del titular público superior del centro. La amortización de estos créditos se realizará reteniendo y abonando en la cuenta del crédito, la cuota por inversiones que se asocie a la prestación sanitaria. En el caso de los centros privados, no se contempla el sistema de créditos por inversiones, y por ello no se le retendrá la cuota de inversiones. El montante de Crédito de Tesorería deberá ser asignado en función de criterios objetivos de actividad prevista con las inversiones según cada centro, y en función del Plan de Inversiones anual aprobado. Con este sistema de financiación se pretende combatir la obsolescencia tecnológica de las instalaciones y equipos de los centros para ganar en eficiencia.

Los Planes de Educación y Formación, se actualizarán anualmente y deben incluir las prácticas de pregrado de la rama sanitaria cuyos planes de estudio así lo determinan, y la formación de los distintos tipos de especialidades que deban superar una

---

<sup>24</sup> BAREA TEJEIRO, J y GOMEZ CIRIA, A. "El problema de la eficacia del sector público en España. Especial consideración de la Sanidad." Instituto de Estudios Económicos. Madrid. 1994

estancia como residente en un centro sanitario, Mir (Médico interno residente), Eir (Enfermero interno residente), Pir (Psicólogo), Fir (Farmacia), Bir (Biología), etc.

### **IV.3. Centros concertados públicos y privados**

Los centros concertados públicos podrán optar a la concertación de las unidades de prestación sanitaria que cada uno de esos centros pueda acreditar. De tal forma que en una Comunidad Autónoma concreta, en la que en la actualidad existe una pluralidad de centros sanitarios públicos, con atenciones prestacionales diversas, deberán, en primer lugar, definir y concretar cuantas unidades empresariales públicas van a constituir y con qué cartera de servicios. Este primer paso permitirá, a cada autonomía, poder dotar de personalidad jurídica y patrimonial independiente y, consecuentemente de su gestión sanitaria, económica y financiera, que permita su mejor control y seguimiento por la Comunidad Autónoma.

A cada una de estas unidades empresariales se les adscribirá parte de los centros asistenciales existentes, siguiendo los criterios de volumen, complementariedad, zonificación, etc. Por ejemplo, una unidad empresarial podría constituirse con un Hospital General, con todos sus servicios, centros de salud asociados y complementarios dentro de una zona o área de salud, sin adscripción alguna de asegurados, ya que estos tendrán libertad para elegir el centro donde deseen ser atendidos, y a su vez los centros podrán atender a cualquier asegurado de otros territorios de la Comunidad o fuera de ella, facturando las unidades de prestación sanitarias realizadas. Por tanto, los sujetos jurídicos susceptibles de ser concertados, serán las unidades empresariales que cada autonomía decida constituir, y ésta unidad empresarial será la que formalizará el Contrato de Concertación y realizará sus Planes de Inversiones y de Educación y Formación, solicitará los créditos para inversiones de acuerdo con sus respectivos planes de inversión, etc. Naturalmente, cada Comunidad Autónoma, como titular del capital social de cada unidad empresarial, designará la composición del Órgano de Administración, supervisará el nombramiento de los correspondientes gestores, controlará la gestión de los mismos, aprobará sus planes de inversiones y de formación, así como sus Cuentas Anuales, y orientará las políticas que mejoren la calidad asistencial.

Los centros concertados privados podrán optar a la concertación de las unidades de prestación sanitaria que cada uno de esos centros pueda acreditar. Cada centro privado puede optar por concertar una o varias unidades empresariales, aunque constituyan una única unidad desde el punto de vista mercantil, bajo la misma denominación social, si a sus intereses de gestión sanitaria, económica y financiera le fuese conveniente. Ello implicaría la posibilidad de concertar algunos centros de actividad y otros no. Cada una de estas unidades empresariales tendría adscritos una parte de los centros asistenciales existentes para ser concertados, si bien jurídica y patrimo-

nialmente se concierta con la denominación social matriz. Tanto los centros públicos como los privados a partir de la unidad empresarial, de cada una de ellas, concretará su cartera de servicios sanitarios.

#### **IV.4. La financiación**

Una característica del modelo propuesto es que se asignará en el Baremo de Precios, para cada una de las prestaciones sanitarias concertadas, una parte agregable al precio de dicha prestación (PSB), que se denominará precio por inversiones no reversibles (PI). La cuantía de este precio se determinará por una comisión de expertos y formará parte del Baremo de Precios. Una de las cuatro patas básicas del modelo propuesto, es la financiación de las inversiones para la adquisición de instalaciones de tecnología sanitarias e inmuebles, a cuyo fin se propone la creación de un Banco de Crédito Sanitario para financiar exclusivamente las inversiones de centros concertados **públicos**. Los centros concertados públicos que hayan firmado un Contrato de Concierto con la Administración Central estarían en condiciones de presentar una solicitud de crédito para financiar inversiones, mediante la suscripción de un Plan de Inversiones Sanitarias, justificando la necesidad de las mismas y el plan de amortización. La forma ordinaria de reembolso de los créditos sanitarios se realizará mediante retención de la parte agregable al precio básico de la prestación sanitaria destinado a la financiación de inversiones (PI), de forma que esa parte del precio de la prestación sanitaria será devengada con cada prestación y retenida su cuantía para ser abonada en la cuenta de crédito con destino a su amortización financiera.

#### **IV.5. Ventajas del modelo propuesto**

Hemos analizado las ventajas, es decir, los aspectos positivos o beneficiosos que se conseguirían con la implantación del modelo de financiación y provisión propuesto, respecto de la problemática existente de ineficiencias del actual modelo y hemos identificado las más significativas, las cuales seleccionamos de forma resumida:

**1. Garantiza la igualdad de los españoles.** Con la implantación de la libertad de elección del asegurado para acudir al centro concertado, público o privado, que desee dentro del territorio español se lleva a puro efecto lo dispuesto en el artículo 14 de la Constitución española que dice: "Artículo 14. Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social". Esta igualdad de todos los españoles implica poder disfrutar del mismo contenido de la cartera de servicios sanitarios y de recibir la debida atención sanitaria en igualdad de trato en cualquier punto del territorio español.

**2. Asigna equitativamente los recursos públicos.** El modelo de provisión de las prestaciones sanitarias que proponemos se caracteriza por separar la financiación de la provisión, pasándose a financiar la provisión de las unidades de prestaciones sanitarias realizadas en una red de centros públicos y privados, previamente concertados. Con este procedimiento se abandona financiar el coste de los centros públicos, fuese éste el que fuese, y se pasa a financiar el precio de la producción en un entorno competitivo, lo que supone cumplir con lo dispuesto en el artículo 31.2. de la Constitución española para mejor servir al bienestar con unos recursos limitados: “Artículo 31.2. El gasto público realizará una asignación equitativa de los recursos públicos, y su programación y ejecución responderán a los criterios de eficiencia y economía.”

**3. Garantiza la sostenibilidad del SNS.** Al introducir en el SNS la gestión de la financiación de la provisión de forma centralizada, se financia el mismo coste por unidad de prestación sanitaria tanto en centros concertados públicos como privados. Los centros concertados, tendrán que competir entre ellos, no en precio, pero sí en ser competentes en alcanzar la mejor calidad asistencial, aplicando los principios de eficacia (productividad) y eficiencia (costes justos), lo que beneficiará al SNS al hacer desaparecer todos los costes asociados a las ineficiencias, garantizando así su evolución y sostenibilidad.

**4. Mejora de la financiación y gestión autonómica.** El modelo actual de financiación de las Comunidades Autónomas es motivo de insatisfacción general. Uno de los capítulos que absorbe mayor cantidad de recursos es el correspondiente a la financiación de las prestaciones sanitarias del derecho a la protección de la salud de los ciudadanos. Con el modelo de financiación propuesto se resolvería una parte muy importante de la financiación autonómica, ayudando a las Comunidades Autónomas a centrarse en la gestión de los centros públicos concertados, dotándolas de instrumentos modernos para abordar las políticas de personal, equipamientos, etc, en busca de su propia eficacia y eficiencia con resultados medibles y comparables, que harán progresar las respectivas autonomías.

**5. Facilita la integración de MUFACE, MUGEJU e ISFAS en el SNS.** Como es conocido, actualmente alrededor de dos millones de personas están integrados en la Mutua de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), la Mutua General de la Judicatura (MUGEJU) y los miembros del Ejército y Fuerzas Armadas (ISFAS). En lo que se refiere a la asistencia sanitaria, incluyendo la farmacéutica, Muface, Mugeju e Isfas forman parte del Sistema Nacional de Salud, en su calidad de entidades gestoras del Régimen Especial de la Seguridad Social de los funcionarios. La asistencia sanitaria se proporciona, a elección del mutualista, bien en el sistema sanitario público, o bien a través de los medios de las entidades de seguro libre que hayan concertado con las Mutualidades dichas asistencias, por ejemplo, Adeslas, Asisa, DKV, Caser, etc. Con la propuesta que realizamos de nuevo modelo de financiación y provisión de las prestaciones sanitarias, con libre elección de los asegurados, tanto en centros concertados públicos como en centros concertados privados, carecería de sentido alguno

seguir manteniendo el Régimen Especial de la Seguridad Social de los funcionarios, al poderse integrar de pleno en el SNS y poder disfrutar al mismo tiempo de la sanidad pública y de la privada.

**6. Desaparecen las listas de espera.** Con la concertación de centros públicos y privados, en un entorno de libre elección de los asegurados, aumentará la oferta de centros sanitarios en cuantía muy significativa. Una estimación prudente podría ser que, junto a la concertación del cien por cien de los centros públicos, se pudiera concertar una cantidad de centros privados equivalente a un cincuenta por ciento de la capacidad asistencial de los centros públicos concertados, especialmente en atención primaria y especializada, pruebas diagnósticas, asistencia terapéutica, cirugía ambulatoria y con hospitalización, etc. La ventaja de la desaparición de las listas de espera supondrá, además de la mejora de la calidad asistencial y consecuentemente del bienestar de las personas, un ahorro en número de consultas, repetición de pruebas, atenciones de urgencias, consumo de medicamentos, menos horas de trabajos perdidas por bajas asistenciales... etc.

**7. Facilita abordar mejor la obsolescencia tecnológica sanitaria.** España no cumple con las directrices europeas del COCIR (Comité Europeo de Coordinación de la Industria de Electro-medicina, Radiología y Cuidado de Salud). Estamos en los últimos lugares en Europa en obsolescencia, por ejemplo, quinto lugar por la cola en TAC y en último lugar en Resonancia Magnética. "El parque tecnológico de las comunidades es el más antiguo de las últimas décadas. Habría que invertir un total de 1.400 millones de euros en cuatro años para cumplir las directrices de COCIR."<sup>25</sup>

**8. Aumenta la responsabilidad y satisfacción de los asegurados.** La libre elección del asegurado le otorga un poder de responsabilidad en su decisión, al tener varias opciones a su disposición, lo que implicará un mayor nivel de satisfacción por tener cubiertas sus expectativas de forma razonable. Esta libre elección del asegurado facilitará también poder establecer, como contrapeso, un sistema de copagos mínimos, establecido con criterios racionales de equidad, mínimos exentos para ciertas rentas, etc con el objeto de frenar o reducir la demanda abusiva en muchas prestaciones, por ejemplo, los servicios de urgencias.

**9. Aumenta la calidad asistencial.** Con el sistema de centros concertados públicos y privados, con libre elección del asegurado en todo el territorio español, se posibilita que todos los centros asistenciales mejoren las condiciones de actitud y aptitud de todo su personal, para alcanzar las cotas más altas de satisfacción de los usuarios y del personal. Es razonable pensar que los centros implementarán sistemas de retribución variable asociados al nivel de satisfacción de los usuarios y a la eficacia y eficiencia alcanzada en su trabajo, y en sus resultados, lo que necesariamente se traduce en un aumento de la calidad asistencial general.

---

<sup>25</sup> LOPEZ CARRASCO, M.L. Presidenta de FENIN. Diario Médico, 04-10 Diciembre 2017, pág. 5

## V. CONCLUSIONES

En nuestra opinión el Sistema Nacional de Salud actual, soporta importantes factores que inciden en su falta de sostenibilidad, genera ineficiencias significativas, como listas de espera excesivas, desigual atención a los asegurados fuera de su autonomía de residencia, obsolescencia tecnológica, distorsión de la financiación autonómica entre las más significativas, y, en conclusión, creemos que existen razones suficientes para proponer su reforma.

Hemos objetivado que la propuesta de nuevo modelo que realizamos, es compatible con las disposiciones constitucionales de los artículos 149.1.16 CE, respecto de las facultades del Poder Ejecutivo para llevarla a cabo, 14 CE, que garantiza la igualdad de todos los españoles y 31.2 CE, que exige asignar equitativamente los recursos públicos con criterios de eficiencia y economía. Con nuestra propuesta se posibilita una gestión basada en los principios de eficacia y eficiencia, dotando al asegurado de libertad de elección entre centros concertados públicos y privados, que aumenta la responsabilidad de los asegurados por su libertad de elección y, al mismo tiempo, facilita la posibilidad de implementación de un sistema de copago, en contrapeso a la libertad de elección, con una finalidad disuasoria y no recaudatoria.

Del análisis que hemos realizado de las ventajas que se derivarían con la implementación del modelo propuesto, entre otras, como garantizar la igualdad de los españoles, asignación equitativa de los recursos públicos, mejorar la financiación autonómica, hacer desaparecer las listas de espera y la obsolescencia tecnológica, y aumentar la calidad asistencial, podemos concluir que estas ventajas harían desaparecer las ineficiencias que genera el actual SNS y supondría un avance en la modernización de la gestión sanitaria, ganando en eficacia, eficiencia, sostenibilidad y satisfacción de los usuarios.

## VI. BIBLIOGRAFÍA

### **Autores**

ALZAGA, O, y otros en Derecho Político español, Tomo II, Ed. Areces.

BAREA, J y GOMEZ, A. "El problema de la eficacia del sector público en España", Instituto de Estudios Económicos, Madrid, 1994.

DIEZ-PICAZO citado por MARCOS DEL CANO, A.M. y MENDEZ en Derecho a la Salud, Perspectivas tras la crisis RDUNED, nº 19, 2016, p. 178.

DRUCKER, P., "La Gerencia. Tareas, responsabilidades y prácticas", 4ª ed, 1981, Ed. Ateneo, Buenos Aires, pp. 22-24.

GAYETE, A., presidente Seram, Diario Médico, 11-06-17, p. 10.

JELLINEK, G., citado por ALZAGA, O, y otros en Derecho Político español, Tomo II, Ed. Areces, pp. 37-42.

LOPEZ CARRASCO, M.L. Fenin. Diario Médico, 04-10. Diciembre 2017, p. 5.

LOPEZ-CASASNOVAS, G., Diario Médico, 20-11-16, p. 3.

MARCOS DEL CANO, A.M., "El derecho a la salud desde el punto de vista ético-jurídico", *Ius Et Scientia*, 2016, Vol. 2, pp. 18, 20, y 25.

MARCOS DEL CANO, A.M., "El derecho a una asistencia sanitaria para todos: Una visión integral", Dykinson, Madrid 2017, p. 55 y 57.

MARCOS DEL CANO, A.M., y MENDEZ, J., "El Derecho a la Salud. Perspectivas tras la crisis". *Revista de Derecho UNED*, número 19, 2016, pp. 79, 126, 158, 166, 169, 170 y 179.

PINTO, F., "Consideraciones éticas y jurídicas acerca de la exclusión de la población inmigrante del Derecho a la Protección de la Salud", *Dilemata*, 2015, Número 19.

SCHEFFER, R., profesor Berkeley, ABC Salud, 16-09-17, P. 8.

VAQUER, M., Las nuevas formas organizativas en el ámbito de la gestión sanitaria, Ministerio de Sanidad de España, Madrid, 2015, p. 154.

### **Legislación**

Constitución española de 1978.

Convenio europeo de Derechos Humanos de 1953 (CEDH)

Declaración Universal de Derechos Humanos. ONU, 1948, artículo 25.1.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente.

Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Ley 40/2015, de 1 de octubre, Régimen Jurídico del Sector Público

Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. ONU, 1966, artículo 12.1.

Real Decreto Ley 16/2012. Exposición de motivos I.

### **Organismos y Prensa**

Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2000)

Carta Social Europea de 1961 (CSE)

CSI-F, Informe de Situación sobre Muface, Madrid, 20-01-17.

Diario El Mundo, Muface y las aseguradoras, 28-12-17, p. 12

Diario Médico, 16 abril 2001, p.3, 13-19 Febrero 2017, p.17, 17-23 abril 2017, p.23, 11 junio 2017, p.5 y 10 diciembre 2017, p.12.

Eurostat, Población UE 2013.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación:

a) Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2016, pp.238,261, 266, 269.

b) Sistema de Información de Listas de Espera (Sisle), 31-12-16.

c) Sistemas sanitarios en los países de la UE, características e indicadores de salud, 2013.

d) Informe de fiscalización SS.SS., 29-03-12, p. 79

OCDE, Informe 2017, datos 2016, [www.oecdbetterliveindex.org](http://www.oecdbetterliveindex.org), consultada 23-12-17

OMS, Centro de prensa, nota descriptiva número 323, diciembre 2015.

RAE, Diccionario de la Lengua Española, 21ª edición, 1992, Espasa Calpe, Madrid.

SERAM, Semanario Diario Médico, 13-19 de febrero 2017, p. 17.

Tribunal de Cuentas, Informe Fiscalización Sanidad 2011, p. 79

### **Jurisprudencia**

SSTC: 19/1982 de 5 de mayo

15/1989, de 26 de febrero

14/1992 de 10 de febrero

139/2016 de 21 de julio

