

ANEXO IX

REFORMAS SANITARIAS RECIENTES

ANEXO IX

REFORMAS SANITARIAS RECIENTES

*Laura Cabiedes Miragaya**

Universidad de Oviedo

9.1. Reformas de amplio alcance (2001-2003)

En un período tan breve como es el que abarca los años 2001 a 2003 han tenido lugar las reformas de mayor calado del pasado reciente de la sanidad española: por una parte, a finales de 2001 se regula, con rango de ley, el nuevo sistema de financiación autonómica, en el que se incluye por primera vez la sanidad y, paralelamente, se acuerda la total descentralización de las competencias sanitarias. Ambas reformas entran en vigor en enero de 2002. Por otra parte, en el año 2003 se aprueba la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS, en adelante), en respuesta a un nuevo contexto que reclama acciones de coordinación y cooperación entre las Administraciones públicas sanitarias y orientada a garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el SNS.¹

9.1.1. Sistema de financiación y traspaso de competencias

En el año 2001 finaliza el período de vigencia tanto del acuerdo previo de financiación sanitaria (1998-2001) como del modelo general de financiación autonómica (1997-2001). Por primera vez, una Ley (Ley 21/2001, de 27 de diciembre),² y no la publicación directa del Acuerdo en el Boletín Oficial del Estado, regula el nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas (aprobado en el Consejo de Política Fiscal y Financiera de las Comunidades Autónomas el 27 de julio de 2001), entre otras razones, para resaltar su vocación de permanencia.

El nuevo sistema incorpora por primera vez el bloque competencial de la gestión de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social en el modelo general de financiación. Paralelamente, se efectúa el traspaso de las funciones y servicios del INSALUD a las diez Comunidades Autónomas (CC.AA., en adelante) que hasta entonces no tenían transferida la gestión de la asistencia sanitaria, a través de los Reales Decretos 1471 a 1480, de 27 de diciembre de 2001. De este modo, desde enero de 2002, todas las CC.AA. gozan de competencias en la gestión del gasto sanitario, al mismo tiempo que (tal y como se describe detalladamente en el Capítulo 3 de este texto) la Ley 21/2001 refuerza su corresponsabilidad fiscal (basada en una cesta diversificada de impuestos) en la financiación de los servicios públicos autonómicos, incluida la sanidad.

El proceso de traspaso de competencias fue llevado a cabo en algo menos de un año, siguiendo una apretada agenda de trabajo que se apoyó en la articulación de ponencias técnicas, grupos coordinadores dependientes de éstas y grupos de trabajo organizados por áreas temáticas. De estos foros resultaría una propuesta de acuerdo que, por último, sería objeto de estudio y aprobación por la comisión mixta de transferencias de cada Comunidad Autónoma (Moreno RF, 2002). En el Cuadro 1 se muestran algunas estadísticas referidas a los foros de negociación del proceso transferencial.

* *La autora agradece el inestimable apoyo documental prestado por D. Víctor Sánchez Núñez-Arenas (Observatorio del Sistema Nacional de Salud).*

¹ *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, BOE n° 128, de 29 de mayo de 2003.*

² *Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía, BOE n° 313, de 31 de diciembre de 2001.*

CUADRO 1

Algunas estadísticas referidas a los foros de negociación del proceso de transferencias

Grupos de Trabajo	39 reuniones, entre marzo y junio de 2001, centrados en cuatro áreas de actuación (recursos humanos; patrimonio y recursos materiales; actividad asistencial y sistemas de información; y asuntos económicos y presupuestarios) y responsables de canalizar la información entre el Estado y las CC.AA..
Grupos coordinadores	1 por cada ponencia técnica, que celebraron un total de 28 reuniones entre el 21 de febrero y el mes de octubre. De carácter paritario (con representación del Ministerio de Sanidad y Consumo e INSALUD y de la Comunidad Autónoma correspondiente) y encargados de dirigir el proceso de recogida y elaboración de la información de partida.
Ponencias técnicas	10, reunidas en 3 ocasiones (la primera ronda comienza el 14 de febrero de 2001 y la última ponencia se celebró el 12 de diciembre de 2001).
Comisiones mixtas de transferencias	10 sesiones plenarias, el 26 de diciembre de 2001, en las que se aprobaron los acuerdos de traspaso propuestos por las ponencias técnicas.

Fuente: elaboración propia a partir de Moreno RF, 2002.

Es preciso mencionar que el proceso de traspaso de competencias fue precedido de un acuerdo para la consolidación del empleo temporal, entre el INSALUD y las organizaciones sindicales representadas en la Mesa Sectorial de Sanidad, en agosto de 2001. Este acuerdo, junto con el objetivo de evitar trasladar a las CC.AA. el problema de la elevada precariedad en el sector, condujo a la aprobación de la Ley 16/2001, de 21 de noviembre, por la que se establece un proceso extraordinario de consolidación y provisión de plazas de personal estatutario en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social de los Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud.³ En concreto, en las diez CC.AA. del antiguo territorio INSALUD se presentaron 283.000 solicitudes para optar a un total de 37.078 plazas, durante el año 2002 (CES, 2003).

En el nuevo modelo de financiación, y a efectos de estimar las necesidades correspondientes al bloque competencial de la sanidad, el fondo global⁴ (tomándose 1999 como año base y actualizando su cuantía al año 2002) se reparte según las siguientes ponderaciones aplicadas a cada Comunidad Autónoma: el 75% en virtud de la población protegida; el 24,5% en función de la población mayor de 65 años y el 0,5% restante por el criterio de insularidad (artículo 4 de la Ley 21/2001 de 27 de diciembre). Es decir, se abandona el criterio de capitación pura, claramente dominante en la etapa anterior (1998-2001). En principio, la dotación para sanidad en cada Comunidad Autónoma que aceptase el traspaso sería la resultante de este cálculo,

³ BOE n° 280, de 22 de noviembre de 2001.

⁴ Además del Fondo General existen dos fondos específicos: el Fondo de Cohesión Sanitaria (que será objeto de tratamiento en el siguiente apartado) y el Fondo "Programa de ahorro en incapacidad temporal", orientado a financiar medidas para controlar el gasto relacionado con la incapacidad temporal y a mejorar la gestión de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social para estas contingencias. A diferencia del primero, no constituye financiación adicional: su dotación se integra en las necesidades de financiación que, para cada Comunidad Autónoma, deriven del reparto del fondo global y de la garantía de mínimos. En relación al Fondo de ahorro en incapacidad temporal, durante el año 2002 se suscribieron convenios bilaterales entre el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y cada Comunidad Autónoma, estableciéndose objetivos anuales de racionalización del coste (Romay R, 2004). En Romay R, L de Guevara J y Santín D, 2002, puede encontrarse una aplicación empírica de las redes neuronales artificiales al control del gasto público por incapacidad temporal.

pero finalmente el acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera de julio de 2001 incorporó la posibilidad de que, si la cifra resultante de la estimación (actualizada) del “coste efectivo” acordado en la comisión mixta de transferencias resultaba superior, se dotasen recursos por esa cuantía. En todo caso, se pactó respetar el statu quo, en el sentido de que ninguna Comunidad Autónoma vería disminuidos los recursos recibidos por la aplicación del nuevo sistema de financiación.

Finalmente, la valoración en euros de 1999 del coste de los servicios traspasados, en virtud del nuevo sistema de financiación en vigor desde enero de 2002, ascendió a 9.732,12 millones de euros (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003a).⁵ Los criterios de cálculo de la necesidad de financiación de la sanidad fijados en la Ley 21/2001 beneficiaron sobre todo a las dos Castillas, a Galicia y a los territorios insulares. En otros casos se obtuvieron mejoras en la dotación financiera por la vía de la negociación convencional que daría lugar a los correspondientes Reales Decretos de traspaso (Ruiz-Huerta J y Granado O, 2003). Respecto a las CC.AA. de régimen foral, cabe señalar que los concertos económicos correspondientes al País Vasco y a Navarra fueron renovados en 2002 y 2003, respectivamente.

El nuevo sistema de financiación autonómica prevé asignaciones de nivelación para la educación y la sanidad.⁶ En el segundo caso se considera necesaria la nivelación si el incremento anual de la población protegida, ponderada por la edad, supera en tres puntos (un punto, si la superficie de la Comunidad Autónoma es mayor de 90.000 kilómetros cuadrados) al aumento porcentual medio nacional. No obstante, se trata de situaciones poco factibles para las que por otra parte la Ley no parece ofrecer vías claramente definidas de actuación (Cantarero D, 2002). De hecho, las asignaciones de nivelación no han sido objeto de aplicación hasta ahora.

Aunque la financiación sanitaria ya no se puede considerar condicionada en sentido estricto, sí está “afectada” en la medida en la que se prevé un gasto mínimo en la gestión de los servicios sanitarios de cada Comunidad Autónoma, así como su evolución en virtud del importe que resulte de aplicar al valor en el año base el índice de crecimiento de una parte de los ingresos tributarios del Estado (ITEn).⁷ La Ley 53/2002, de medidas fiscales, administrativas y del orden social añade una disposición transitoria a la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, fijando el volumen mínimo de recursos que cada Comunidad Autónoma deberá asignar a la financiación de la sanidad en el año 2003. La Secretaría de Estado de Presupuestos y Gastos del Ministerio de Hacienda estima la cuantía del gasto mínimo total en 27.815 millones de euros, distribuidos por CC.AA. tal y como se recoge en el Cuadro 2, donde también figura el presupuesto inicial para el ejercicio 2003 de todas las CC.AA., incluidas las de régimen foral. En la tercera columna del citado cuadro se muestran los recursos que adicionalmente, sobre los mínimos, prevén destinar a la gestión sanitaria las CC.AA. de régimen común en 2003. En términos globales, éstas presupuestaron 5.380 millones de euros por encima del volumen de recursos afectados por ley a la asistencia sanitaria.

⁵ *Cuantía a la que habría que añadir el Fondo para el Programa de Ahorro en Incapacidad Temporal, estimado en 91,53 millones de euros, a ser financiado por la Seguridad Social (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003a).*

⁶ *Artículo 67 de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, que tiene su reflejo en la nueva redacción del artículo 15 de la LOFCA, en el artículo tercero de la Ley Orgánica 7/2001, de 27 de diciembre, de modificación de la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA), BOE nº 313, de 31 de diciembre de 2001.*

⁷ *Por su parte, durante los tres primeros años de vigencia del nuevo sistema de financiación, el Estado garantiza a cada Comunidad Autónoma la evolución de la financiación asignada según el PIB a precios de mercado.*

CUADRO 2

Estimación del gasto mínimo que deben realizar las CC.AA. de régimen común en sanidad, presupuesto inicial y diferencia sobre el gasto mínimo (ejercicio 2003, millones de Euros)

Comunidades Autónomas	Gasto mínimo (GM)	Presupuesto inicial (PI) (datos provisionales)	Diferencia (PI-GM)
Andalucía	5.390	6.155	765
Aragón ^a	1.001	1.180	179
Asturias	909	1.026	117
Baleares	646	679	33
Canarias	1.285	1.563	278
Cantabria	467	570	103
Castilla-La Mancha	1.318	1.635	317
Castilla y León	1.928	2.230	302
Cataluña	4.802	5.598	796
Extremadura	840	1.003	163
Galicia	2.121	2.382	261
Madrid ^a	3.025	4.570	1.545
Murcia	823	1.044	221
La Rioja	249	288	39
Valencia	3.011	3.272	261
Navarra	-	600	-
País Vasco	-	2.005	-
Total	27.815	33.195 ^b	5.380

^a Aragón y Madrid han tenido ampliación de medios para sanidad, con efectos desde el 1 de enero de 2003.

^b Sin Navarra y País Vasco.

Fuente: Elaborado a partir de Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003a.

Una vez culminado el proceso de traspaso de competencias, se acordaron aumentos retributivos notables en todas las CC.AA. que formaban previamente parte del territorio INSALUD. El incremento retributivo total acordado para los facultativos en sus respectivos Servicios de Salud ya ha sido presentado en el capítulo 5 de este mismo texto. Esta situación de incrementos generalizados en las CC.AA. que reciben las transferencias había sido ya prevista por algunos autores,⁸ dado que la diversidad autonómica que caracterizaba (y caracteriza) los esquemas retributivos se traducían, para el conjunto de estas CC.AA., en retribuciones medias inferiores a las aplicadas en promedio en las CC.AA. que ya venían gestionando sus Servicios de Salud.⁹ Así, en el período previo a las transferencias, la brecha existente, por ejemplo en la retribución de un Jefe de Servicio hospitalario, oscilaba entre 56.347,24 euros anuales en el INSALUD y 63.760,78 euros en Navarra, si bien esta categoría profesional recibía en el Instituto Catalán de la Salud en el año 2002 una retribución ligeramente inferior a la correspondiente al INSALUD.¹⁰ Las diferencias en el resto de categorías de facultativos ejerciendo en hospitales eran similares (Martín JJ, 2003a). En definitiva, de los importantes aumentos retributivos que tuvieron lugar tras los traspasos de competencias, se deduce que una parte no despreciable del incremento de la masa de financiación sanitaria, así como de la diferencia entre el gasto presupuestado y el “gasto afectado”, fue destinada al capítulo de personal (ver capítulo 3 de este texto).

Cabe añadir que la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, en su artículo 36, contempla la cesión a las CC.AA. del rendimiento originado en su territorio por el Impuesto sobre las Ventas

⁸ Véase, a modo de ejemplo, Cabiedes L, 2000.

⁹ Sobre las diferentes estructuras retributivas y, en consecuencia, las diferentes remuneraciones de los facultativos (de atención primaria y de atención especializada), en el INSALUD, Andalucía, Cataluña y País Vasco, véase González B et al., 2001.

¹⁰ Estas estimaciones están hechas tomando como referencia un profesional con cuatro trienios, cuatro guardias mensuales de presencia física y percepción completa del complemento específico (Martín JJ, 2003a).

Minoristas de Determinados Hidrocarburos.¹¹ La Ley 24/2001, de 27 de diciembre, lo crea,¹² configurándolo como un impuesto estatal cedido a las CC.AA.. La recaudación del tramo estatal queda afectada a la sanidad y la del tramo autonómico a actuaciones sanitarias y medioambientales. Los tipos de gravamen autonómico máximos se recogen en la citada Ley 21/2001; en el artículo 44 para el año 2002, y en la disposición transitoria tercera, para los años 2003 y 2004, previendo su posible actualización para los años 2005 y subsiguientes a través de la Ley de Presupuestos Generales del Estado. Hasta ahora, han aplicado el tipo de gravamen autonómico tres CC.AA.: la Comunidad de Madrid, con efectos desde el 1 de agosto de 2002; y Galicia y Asturias, en el año 2004. En el primer caso, en 2002 se aplicó el tipo máximo permitido que, para los casos concretos de la gasolina así como del gasóleo y del queroseno de uso general, ascendía a 10 euros por 1.000 litros, es decir, un céntimo por litro; de ahí el nombre con el que coloquialmente se conoce a este impuesto (“el céntimo sanitario”). La totalidad del rendimiento quedó afectado a la financiación del Plan de Calidad Integral de los Servicios Sanitarios de la Comunidad de Madrid.¹³ En Galicia el rendimiento quedó afectado en su mayor parte a la financiación sanitaria y, en menor medida, a actuaciones medioambientales. Por último, el Principado de Asturias optó por el tipo máximo permitido para el año 2004,¹⁴ vinculando la totalidad del rendimiento a la financiación de gastos de naturaleza sanitaria.

Con el fin de conocer el importe de la financiación total destinada a la atención sanitaria, a partir del ejercicio 2004, las CC.AA. deberán remitir al Ministerio de Sanidad y Consumo sus Presupuestos una vez aprobados y le informarán de su ejecución y liquidación final (dotaciones que actualmente representan el grosso de la financiación sanitaria en España).¹⁵ Esta disposición es muy indicativa de los problemas de captación y disponibilidad de información sanitaria en España, tan reiterados, por ejemplo, desde el Consejo Económico y Social. Así, en la Memoria sobre la situación socioeconómica y laboral 2001, en la parte dedicada a la sanidad, se dice: “Valga señalar, un año más, la dificultad que reviste cualquier intento de análisis de estas cuestiones en un contexto carente todavía de un sistema de información sanitaria unificado y transparente, que obliga a acudir a fuentes diversas y que, cuando están dotadas de cierta homogeneidad, registran un acusado retraso” (CES, 2002).

La culminación del proceso de transferencias, junto con otros cambios como la creación de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria en el año 2001, condujo a la modificación y desarrollo de la estructura orgánica del Ministerio de Sanidad y Consumo, por el Real Decreto 840/2002, de 2 de agosto,¹⁶ a través del cual el INSALUD (creado en 1978) se transformó en el INGESA (Instituto Nacional de Gestión Sanitaria) que, conservando la misma personalidad jurídica y naturaleza de entidad gestora de la Seguridad Social, se ocupa de las prestaciones sanitarias en las Ciudades de Ceuta y Melilla y de la realización de cuantas otras actividades sean necesarias para el normal funcionamiento de sus servicios (artículo 15).

9.1.2. Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud

La plena descentralización de la gestión sanitaria impone la necesidad, más apremiante que nunca, de esclarecer y reforzar responsabilidades (como la colaboración y cooperación entre

¹¹ Su creación había sido acordada por el Consejo de Política Fiscal y Financiera el 22 de noviembre de 2001.

¹² Ley 24/2001, de 27 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social.

¹³ Ley 7/2002, de 25 de julio, que regula el tipo de gravamen autonómico del Impuesto sobre las Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos en la Comunidad de Madrid, BOCM de 26 de julio de 2002.

¹⁴ 2,4 céntimos por litro, para el año 2004, en los casos de la gasolina y del queroseno de uso general (Ley del Principado de Asturias 6/2003, de 30 de diciembre, de medidas presupuestarias, administrativas y fiscales, BOPA n° 301, de 31 de diciembre de 2003).

¹⁵ Modificación del artículo 82 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, a través del artículo 131 de la Ley 62/2003, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social, BOE n° 313, de 31 de diciembre de 2003.

¹⁶ Real Decreto 840/2002, de 2 de agosto, por el que se modifica y desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo, BOE n° 185, de 3 de agosto de 2002, derogado por el Real Decreto 1087/2003, de 29 de agosto, que establece la estructura orgánica del Ministerio de Sanidad y Consumo, BOE n° 208, de 30 de agosto de 2003.

las Administraciones Públicas) y de fijar criterios marco, con el fin de garantizar la cohesión del sistema sanitario español. Cabe resaltar que la intensa labor de negociación previa, así como el proceso de tramitación parlamentaria de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud¹⁷ se caracterizó por un marcado talante de consenso. Sólo así se explica la aprobación, con el apoyo de todos los partidos políticos con representación parlamentaria, de una ley tan ambiciosa, tanto en la extensión de los temas que abarca, como en términos de las reformas cualitativas de gran calado que imprime en el SNS.

En el Cuadro 3 se recogen sintéticamente las principales reformas que la Ley introduce o prevé introducir en el SNS, con independencia de que en sucesivos apartados se incida específicamente en algunas de las materias tratadas, a través de un análisis más amplio.

¹⁷ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, BOE n° 128, de 29 de mayo de 2003.

CUADRO 3

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud

Derechos de los ciudadanos en el conjunto del Sistema Nacional de Salud (art. 4):

- Tiempo máximo en el acceso a los servicios en su Comunidad Autónoma (art. 25)
- Libre elección de facultativo y segunda opinión facultativa en los términos que reglamentariamente se establezcan (art. 28.1)
- Iguales condiciones y garantías a pacientes desplazados a otra Comunidad Autónoma (catálogo de prestaciones SNS)

Materias que trata	Reformas que introduce	Reformas planteadas, pendientes de desarrollo reglamentario ^a	Órganos que crea, o modifica ^a
Cap. I. Prestaciones del SNS	<ul style="list-style-type: none"> • Se define y amplía el catálogo de prestaciones. • Se regula el uso tutelado de tecnologías. • Reconocimiento del derecho a garantías de: accesibilidad, movilidad, tiempo en el acceso, información, calidad, seguridad y servicios de referencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • El catálogo se hará efectivo a través del desarrollo por Real Decreto de la cartera de servicios, previo informe del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) (las CC.AA. podrán aprobar sus propias carteras de servicios, partiendo del umbral mínimo que marcará la cartera de servicios del SNS). • El CISNS acordará los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso, que serán aprobados por Real Decreto, marco en el que las CC.AA. definirán los tiempos máximos de acceso a su cartera de servicios. <p>Nota: el 23 de mayo de 2003 se aprueba el Real Decreto 605/2003, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre listas de espera, previendo la elaboración por el CISNS de la lista de procesos, especialidades y pruebas diagnósticas incluidos en el sistema de información y la fijación de los criterios de priorización de pacientes.</p>	

<p>Cap. II. Farmacia</p>	<ul style="list-style-type: none"> Se aborda la reordenación del ejercicio de las competencias del Estado, correspondientes al Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC). 	<ul style="list-style-type: none"> Se tenderá a la dispensación individualizada de medicamentos y a la implantación de la receta electrónica. <p>Nota: durante el año 2003, algunas CC.AA. llevaron a cabo experiencias piloto en este sentido. La Ley 62/2003, de 30 de diciembre, define el concepto de especialidad farmacéutica en envase para dispensación personalizada y posibilita la extensión de la receta en soporte magnético.</p>	<ul style="list-style-type: none"> La Agencia Española del Medicamento se extiende a los productos sanitarios, pasando a denominarse Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Se crea el Consejo Rector, del que forman parte las CC.AA..
<p>Cap. III Profesionales</p>		<ul style="list-style-type: none"> Se establece que el Estatuto Marco (ya previsto en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad) contendrá la normativa básica aplicable al personal del SNS, que será desarrollada por las CC.AA.. Se establecerán los criterios básicos y las condiciones de las convocatorias de tal modo que se asegure la movilidad de los profesionales en todo el territorio del Estado, tras acuerdo en el CISNS y previo informe del Foro Marco para el Diálogo Social. <p>Nota: La Ley de ordenación de las profesiones sanitarias fue aprobada en noviembre de 2003 (Ley 44/2003, de 21 de noviembre). Sobre la homologación del reconocimiento del desarrollo profesional, véase el art. 39 de esta Ley.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Se crea una Comisión de Recursos Humanos (GRH), en la que participarán las Administraciones estatal y autonómicas, orientada a contribuir a la planificación y diseño de los programas de formación de los profesionales de la sanidad y a la homogeneización de criterios básicos de evaluación de las competencias de los profesionales. Se crean el Foro Marco para el Diálogo Social, el Foro Profesional y la Comisión Consultiva Profesional, de la CRH.

		<p>Nota: La Ley 55/2003, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud fue aprobada el 16 de diciembre de 2003. Respecto a la coordinación para facilitar la movilidad del personal, véase el art. 38 de esta Ley.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se prevé la elaboración de una iniciativa sectorial de investigación en salud, que se incorporará al Plan Nacional de I+D+I. • Entre las funciones del Instituto de Salud Carlos III, se señala que éste se asociará a centros de investigación del SNS y acreditará institutos y redes de investigación cooperativa. 	
<p>Cap. IV. Investigación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se procede a la ordenación de la actividad investigadora de los órganos competentes de la Administración General del Estado. 		<ul style="list-style-type: none"> • Se crea la Comisión Asesora de Investigación en Salud, para asesorar y encauzar la cooperación entre el sector público y el privado. Se prevé la adecuada representación de las CC.AA. en su composición. • Se establece la participación de las CC.AA. en los órganos de gobierno del Instituto de Salud Carlos III y de las fundaciones vinculadas a éste.
<p>Cap. V. Sistema de Información Sanitaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se regula la tarjeta sanitaria individual (TSI), que deberá incluir de manera normalizada los datos básicos de identificación del titular, del derecho que le asiste en relación con la prestación farmacéutica y del Servicio de Salud o entidad responsable de la atención sanitaria, sin perjuicio de su gestión por cada Comunidad Autónoma en su ámbito territorial (art. 57.2) 	<ul style="list-style-type: none"> • El MSC desarrollará una base de datos que permita generar el código de identificación personal único, correspondiente a la TSI (art. 57.3). <p>Nota: A principios de 2004 el Consejo de Ministros aprobó un Real Decreto que desarrolla el art. 57 de la Ley y que permitirá implantar la TSI válida en todo el territorio del Estado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El MSC establecerá un sistema de información sanitaria que garantice la disponibilidad de información y la comunicación recíprocas entre las Administraciones sanitarias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se crea el Instituto de Información Sanitaria.

		<ul style="list-style-type: none"> El MSC pondrá a disposición del SNS una red segura de comunicaciones, a través de la que circulará la información necesaria en el SNS. 	
<p>Cap. VI. Calidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> Se especifican los elementos de la denominada infraestructura de calidad, que estará a disposición del MSC y de las CC.AA.. 	<ul style="list-style-type: none"> Se prevé la elaboración periódica de planes de calidad del SNS, en el seno del CISNS. Se fomentarán las auditorías externas (por instituciones públicas o empresas privadas independientes) de la calidad y seguridad de los centros y servicios sanitarios. Se prevé la elaboración de un informe anual sobre la situación del Sistema Nacional de Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> Se creará la Agencia de Calidad del SNS, responsable de la elaboración y mantenimiento de los elementos de la infraestructura de calidad. Se creará el Observatorio del SNS, que realizará un análisis permanente del SNS. <p>Nota: ambos han sido creados; el Observatorio del SNS depende (al igual que el Instituto de Información Sanitaria) de la Agencia de Calidad del SNS (Real Decreto 1087/2003, de 29 de agosto).</p>
<p>Cap. VII. Planes Integrales de Salud</p>		<ul style="list-style-type: none"> Se prevé la elaboración conjunta (por el MSC y las CC.AA., a través del CISNS) de planes integrales de salud, referidos a las patologías de mayor prevalencia, relevancia o carga sociofamiliar. <p>Nota: a finales de 2003 fue aprobado el Plan Integral de Cardiopatía Isquémica 2004-2007. Se elaboró el Plan Integral del Cáncer y se inicia el de Salud Mental.</p>	

VIII. Salud Pública y Seguridad Alimentaria	<ul style="list-style-type: none"> Se regula la declaración de actuaciones coordinadas en salud pública y en materia de seguridad alimentaria, correspondiendo la primera al MSC y la segunda a la Agencia Española de Seguridad Alimentaria (AESA), creada en el año 2001. 	<ul style="list-style-type: none"> Se prevé la elaboración, a través del CISNS, de un plan de cooperación y armonización de actuaciones en el ámbito de la salud pública, para promover actividades que complementen las realizadas por las Administraciones autonómicas y locales que, entre otras funciones, definirá la cartera de servicios y garantías correspondientes a dichos servicios. 	<p>Nota: la Agencia Española de Seguridad Alimentaria (AESA) había sido creada antes de la publicación de esta Ley, a través de la Ley 11/2001, de 5 de julio. A su vez, el Estatuto de la AESA fue aprobado por el Real Decreto 709/2002, de 19 de julio.</p>
IX. Participación Social	<ul style="list-style-type: none"> Se regula la participación de los ciudadanos y de los profesionales en el SNS. 		<ul style="list-style-type: none"> La participación se articula a través del Consejo de Participación Social del SNS, que puede actuar como Comité Consultivo, Foro Abierto de Salud o Foro Virtual.
Cap. X. El Consejo Interterritorial	<ul style="list-style-type: none"> Se deroga el artículo 47 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, por el que se creaba y regulaba su funcionamiento, modificándose su composición y funciones. Cabe destacar que, actualmente, lo forman el/la titular del MSC y los/as Consejero/as en materia sanitaria de las CC.AA. (con el apoyo de una Secretaría permanente, cuyo titular carece de derecho a voto), mientras que previamente la Administración central tenía una representación paritaria frente a las CC.AA.. 		

<p>Cap. XI. Alta Inspección</p>	<ul style="list-style-type: none"> Se deroga el artículo 43 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que regulaba la Alta Inspección, sistematizando sus funciones y añadiendo otras que, aun siendo exclusivas del Estado, no figuraban en la Ley General de Sanidad de 1986. 		
<p>Servicios sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias (Disposición adicional sexta)</p>		<ul style="list-style-type: none"> Se prevé la transferencia de los servicios sanitarios penitenciarios a las CC.AA., para su plena integración en los servicios autonómicos de salud, en un plazo de 18 meses desde la entrada en vigor de la Ley. <p>Nota: Cataluña ya tenía transferida la sanidad penitenciaria previamente.^b</p>	
<p>Financiación pública de medicamentos (Disposición derogatoria segunda y Disposición final tercera)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Se modifica sustancialmente el funcionamiento del sistema de precios de referencia, en particular, la forma de calcular el precio de referencia, la definición de los "conjuntos" y la sustitución por los farmacéuticos. En consecuencia, se derogan varios artículos del Real Decreto 1035/1999, de 18 de junio, por el que se regula el sistema de precios de referencia y se modifica el artículo 94.6 de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento.^c 		

Fondo de Cohesión Sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> Financia el desplazamiento de residentes en España a una Comunidad Autónoma distinta a aquella donde tienen su residencia habitual y el desplazamiento de pacientes no residentes en España Financia servicios de referencia y usos tutelados 	<ul style="list-style-type: none"> Determinación de políticas de cohesión y corrección de desigualdades a través de Planes Integrales 	
Asuntos con trascendencia presupuestaria para el equilibrio financiero del SNS (Disposición final segunda)			<ul style="list-style-type: none"> Se prevé la creación de un órgano colegiado interministerial que informará preceptivamente sobre aquellos temas que tengan implicaciones económicas significativas para el SNS. El informe será presentado al CISNS y el Ministerio de Hacienda lo trasladará al Consejo de Política Fiscal y Financiera que, en su caso, propondrá las medidas necesarias para garantizar el equilibrio financiero del sistema.

^a Las reformas previstas en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y llevadas a cabo posteriormente a su aprobación, se indican en el lugar correspondiente con el rótulo de "Nota".

^b En un Pleno del CISNS, en el año 2001, se acordó el comienzo del proceso de negociación con los Ministerios de Interior y Administraciones Públicas de la transferencia al SNS de los servicios sanitarios dependientes de instituciones penitenciarias, servicios que asisten aproximadamente a 40.000 personas (CES, 2002).

^c El nuevo sistema de precios de referencia es analizado pormenorizadamente en el apartado 9.2.1.2, en la sección de reformas en el sector del medicamento de este capítulo.

Fuentes:

- Ley 11/2001, de 5 de julio, por la que se crea la Agencia Española de Seguridad Alimentaria, BOE nº 161, de 6 de julio de 2001.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, BOE nº 128, de 29 de mayo de 2003.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, BOE nº 280, de 22 de noviembre de 2003.
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, BOE nº 301, de 17 de diciembre de 2003.
- Ley 62/2003, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social, BOE nº 313, de 31 de diciembre de 2003.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003b.
- Real Decreto 1087/2003, de 29 de agosto, que establece la estructura orgánica del Ministerio de Sanidad y Consumo, BOE nº 208, de 30 de agosto de 2003.
- Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el SNS, BOE nº 134, de 5 de junio de 2003.
- Real Decreto 709/2002, de 19 de julio, por el que se aprueba el Estatuto de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria, BOE nº 178, de 26 de julio de 2002.

Mención especial merece el Capítulo I, que amplía el catálogo de prestaciones del SNS, añadiendo a las recogidas en el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero,¹⁸ la salud pública, la atención sociosanitaria, la salud mental y los cuidados paliativos (ambos tanto en atención primaria como en atención especializada),¹⁹ la atención comunitaria y la hospitalización a domicilio. El Real Decreto 63/1995 está en vigor transitoriamente, hasta que sea desarrollada la cartera de servicios, tal y como se indica en el Cuadro 3. Si bien las prestaciones que establece la Ley son responsabilidad financiera de las CC.AA. (artículo 10.1), la inclusión de una nueva prestación en el catálogo de prestaciones del SNS deberá ir acompañada de una memoria económica en la que se valore su impacto financiero. Esta memoria será analizada por el Consejo de Política Fiscal y Financiera bajo el principio de lealtad institucional (artículo 10.3).²⁰

El artículo 31.2, recogido en el Capítulo II dedicado a la Farmacia, establece que compete a la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios ejercer las funciones del Estado en materia de financiación pública y fijación del precio de medicamentos y productos sanitarios, a las que se añade posteriormente la fijación de las condiciones especiales de prescripción y dispensación de medicamentos en el SNS,²¹ como la aplicación de visados previos a la dispensación. Seguramente este añadido a la Ley trata de evitar la falta de homogeneidad introducida por la legislación autonómica en la materia, como en el caso de Andalucía y Galicia.²²

Del mismo modo, a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS, en adelante) corresponden las actividades de evaluación, registro, autorización, inspección, vigilancia y control, entre otras, sin perjuicio de las competencias ejecutivas de las CC.AA. (artículo 31.3). Cabe resaltar que actualmente las CC.AA. forman parte del Consejo Rector de la AEMPS. Esta presencia se relaciona directamente con sus responsabilidades en la gestión del gasto en medicamentos. Respecto a la tendencia deseable a la dispensación individualizada de medicamentos y a la implantación de la receta electrónica, existen ya experiencias pioneras en marcha en varias CC.AA..²³ Baste decir, de momento, que la Ley de Acompañamiento de los Presupuestos Generales del Estado para 2004 recoge el concepto de especialidad farmacéutica en envase para dispensación personalizada y posibilita la extensión de la receta en soporte magnético,²⁴ modificando de este modo dos artículos de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento.²⁵

¹⁸ Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, BOE n° 35, de 10 de febrero de 1995.

¹⁹ En el citado Real Decreto figura la atención de la salud mental únicamente en la modalidad de atención especializada [Anexo I.3.1º d)].

²⁰ El artículo 2.1 de la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas, modificado por el artículo séptimo de la Ley Orgánica 7/2001, de 27 de diciembre, establece en el apartado e) que la lealtad institucional "... determinará la valoración del impacto, positivo o negativo, que puedan suponer las actuaciones del Estado legislador en materia tributaria o la adopción de medidas de interés general, que eventualmente puedan hacer recaer sobre las Comunidades Autónomas obligaciones de gasto no previstas a la fecha de aprobación del sistema de financiación vigente, y que deberán ser objeto de valoración anual en cuanto a su impacto, tanto en materia de ingresos como de gastos, por el Consejo de Política Fiscal y Financiera de las Comunidades Autónomas" (BOE n° 313, de 31 de diciembre de 2001).

²¹ Artículo 133.Uno de la Ley 62/2003, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social, BOE n° 313, de 31 de diciembre de 2003.

²² En Galicia, un Decreto de mayo de 2003 prevé que, aparte de los medicamentos que determine el Ministerio de Sanidad y Consumo, precisarán visado aquellos que establezca el SERGAS, en virtud de sus características especiales de utilización. A su vez, desde el 1 de septiembre de 2003, el SAS dispone la exigencia de visado para los antipsicóticos atípicos (Navarro A, 2003).

²³ En el apartado 9.2.1.1, incluido en la sección de reformas en el sector del medicamento, se mencionan algunas experiencias autonómicas pioneras en la dispensación de antibióticos en dosis unitarias en varias CC.AA., así como en la implantación de la receta electrónica.

²⁴ Artículo 132. Uno y Dos, respectivamente, de la Ley 62/2003, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social, BOE n° 313, de 31 de diciembre de 2003

²⁵ Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, BOE n° 306, de 22 de diciembre de 1990.

Los profesionales constituyen una pieza clave del SNS y, como tal, la Ley 16/2003 les dedica íntegramente el Capítulo III. Cabe resaltar el avance que representa en este terreno la reciente aprobación, tanto de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, como de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud. Ambas normas son objeto de tratamiento más adelante, en el apartado 9.3.1, dedicado específicamente a los profesionales.

Los Capítulos IV y V se ocupan respectivamente de la investigación y la información.²⁶ A los comentarios recogidos en el Cuadro 3, cabe añadir que los objetivos y contenidos del sistema de información que establecerá el Ministerio de Sanidad y Consumo serán acordados en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS, en adelante). El sistema contendrá, entre otros, datos sobre las prestaciones y la cartera de servicios en atención sanitaria pública y privada, población protegida, recursos humanos y materiales, actividad desarrollada, farmacia y productos sanitarios, financiación y resultados obtenidos, así como la opinión de los ciudadanos. Asimismo, la Ley establece el desarrollo, por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo, de una base de datos que permita generar el código de identificación personal único. Ésta será la base de la tarjeta sanitaria individual. Según el artículo 95.3 de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, “Los usuarios estarán obligados a justificar su derecho a la prestación cuando así les sea requerido por el personal facultativo del Sistema Nacional de Salud o en las farmacias dispensadoras” y esta obligación generalmente se canaliza a través de la presentación de la correspondiente tarjeta sanitaria individual. La dispersión de la legislación autonómica en esta materia, tanto en el formato como en el contenido de las tarjetas sanitarias individuales, conduce a su regulación por la Ley 16/2003, con el fin de hacer factible el acceso de los ciudadanos a las prestaciones del SNS en todo el territorio del Estado y para facilitar en el futuro la articulación de la tarjeta sanitaria europea (artículo 57). En la etapa inmediatamente anterior, en el ámbito de las CC.AA. que hasta 2002 venían siendo gestionadas por el extinto INSALUD, se evitó una regulación dispersa, en la línea del modelo de tarjeta sanitaria común para todo el SNS impulsado desde el Ministerio de Sanidad y Consumo. Por su parte, en varias de las CC.AA. que, con carácter previo, ya tenían competencias en materia de gestión de la asistencia sanitaria, las tarjetas sanitarias creadas en su momento fueron objeto de sucesivas modificaciones. A modo de ejemplo, en Cataluña la Orden de 2 de octubre de 2001 deroga otra previa en la que se establecían los contenidos y datos mínimos, en respuesta a los cambios experimentados por la estructura de las administraciones sanitarias catalanas²⁷. También en el País Vasco, tras su creación por el Decreto 252/1988, de 4 de octubre, en 2001 se implanta una nueva arquitectura de la tarjeta sanitaria individual.²⁸ En Galicia, hasta el año 2003 no se preveía el uso de la tarjeta sanitaria individual para el acceso a la prestación farmacéutica, aunque sí para el resto de servicios sanitarios públicos. Actualmente la dispensación de recetas con cargo al sistema precisa la consignación del código de identificación personal y el tipo de prestación farmacéutica contenidos en la tarjeta.²⁹

²⁶ *Sobre la necesidad de un Sistema de Información Sanitaria y el papel de la coordinación en el sistema de información sanitaria del Sistema Nacional de Salud, véase Blanco Á, 2002.*

²⁷ *Orden de 2 de octubre de 2001, que desarrolla el Decreto 90/1990 de creación de la tarjeta sanitaria individual, DOGC n° 3488, de 8 de octubre de 2001 (deroga una Orden de 1990).*

²⁸ *A través de la Resolución de 5 de abril de 2001, que determina la implantación de la nueva arquitectura de la Tarjeta Individual Sanitaria como documento acreditador del derecho a las prestaciones sanitarias públicas garantizadas por el sistema sanitario, BOPV n° 84, de 4 de mayo de 2001. Más adelante es aprobada la aplicación T.S.E. (Proyecto Tarjeta Sanitaria Electrónica), por la Resolución de 11 de julio de 2001, BOPV n° 140, de 20 de julio de 2001 que, en su artículo primero, establece que “La aplicación TSE se utiliza para tramitar el procedimiento de aseguramiento (TIS), de las solicitudes de información de salud personalizada, de información personalizada sanitaria, de cambio de médico, de segunda opinión médica, de reintegro de gastos sanitarios y de la formulación de quejas, reclamaciones y sugerencias, y se extiende a la presentación de solicitudes y documentación complementaria, requerimientos de información, documentación complementaria o subsanación y remisión de la información, documentación complementaria o subsanación requeridas, resolución de los procedimientos y comunicaciones de información, interposición de recursos o reclamaciones, en su caso, y resolución de aquellos ...”.*

²⁹ *Decreto 370/2003, de 2 de octubre, sobre el uso de la tarjeta sanitaria para el acceso a la prestación farmacéutica, DOG n° 200, de 15 de octubre de 2003.*

En definitiva, en el SNS existen actualmente siete modelos de tarjeta sanitaria distintos: el correspondiente a las diez CC.AA. del antiguo territorio INSALUD, al que se suma Canarias (cuya tarjeta es compatible con este modelo) y seis versiones correspondientes a todas y cada una de las restantes CC.AA. (El País, 2004). De estas diferencias se derivan duplicidades que no sólo son innecesarias, sino que imponen obstáculos al desplazamiento (y cuidado) de pacientes, debido a la incompatibilidad de la lectura de las bandas magnéticas. Ante esta situación, el Consejo de Ministros aprobó el 30 de enero de 2004 un Real Decreto que permitirá la implantación de la tarjeta sanitaria individual válida en todo el territorio del Estado, con apoyo en un código de identificación personal único, tal y como recoge el mandato del artículo 57 de la Ley 16/2003.

En materia de calidad (tema tratado en el Capítulo VI de la Ley 16/2003) resulta innovador y técnicamente relevante la definición de los elementos de la denominada infraestructura de calidad (normas de calidad y seguridad, indicadores de calidad, guías de práctica clínica y asistencial, registros de buenas prácticas y de acontecimientos adversos), de cuya elaboración y mantenimiento es responsable la Agencia de Calidad del SNS, órgano de nueva creación.

A los Planes Integrales de Salud se dedica el Capítulo VII de la Ley 16/2003, optando, frente a la estrategia del diseño de un Plan Nacional de Salud, por el diseño de Planes Integrales referidos a las patologías de mayor prevalencia, relevancia o carga sociofamiliar que contemplen todos los aspectos de esas patologías que deben ser afrontados desde el SNS. Aunque bajo el rótulo de Plan de Salud, ésta es la estrategia seguida en Navarra, donde el Plan de Salud 2001-2005 prioriza cinco patologías y establece objetivos tácticos de cuidados de la salud realizables.³⁰ En esta línea de priorización, a finales de 2003 fue aprobado el Plan Integral de Cardiopatía Isquémica 2004-2007 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003b). La gravedad de este problema de salud, la existencia de importantes diferencias en la mortalidad cardiovascular entre las CC.AA., junto con la detección de una variabilidad no justificable entre zonas geográficas en el uso de procedimientos diagnósticos y de asistencia, condujeron a la negociación de un plan inspirado en la necesidad de seguir un enfoque global y homogéneo en el SNS, para las enfermedades cardiovasculares (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003b). Es preciso añadir que actualmente está prevista la aprobación del Plan Integral Oncológico.

El Capítulo VIII regula la declaración de actuaciones coordinadas en salud pública³¹ y en materia de seguridad alimentaria. La Agencia Española de Seguridad Alimentaria (AESAs) había sido creada antes de la aprobación de la Ley, en el año 2001 (véase el Cuadro 3). El contexto en el que se crea la AESA muestra la necesidad de responder con nuevos medios a problemas relacionados con la cadena alimentaria (que, es preciso señalarlo, trascienden los límites geográficos de los Estados Miembros en el marco comunitario) como, por ejemplo, las encelopatías espongiformes transmisibles en animales (EET). Así, dado este antecedente, entre otros, en el Informe SESPAS 2000, se proponía la creación de una agencia estatal, dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo, orientada al control de todo tipo de fraudes, desde el sector agrícola y ganadero, hasta el sector industrial de transformación "... como una posible vía para un mejor control del cumplimiento de la normativa en la materia en todas las Comunidades Autónomas, evitando diferencias de criterio en la actuación de cada una de ellas" (García O, Prats JL y Serra LI, 2000).

La participación social se trata en el Capítulo IX de la Ley 16/2003 y se articula a través del Consejo de Participación Social del SNS, que puede actuar como Comité Consultivo, Foro

³⁰ Departamento de Salud de Navarra, 2001.

³¹ Es preciso mencionar la aprobación en este ámbito, con carácter previo a la aprobación de la Ley 16/2003, en enero de 2003, del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo para ser desarrollado en el período 2003-2007. Propuesto desde la Presidencia del CISNS, en junio de 2001, el Grupo de Trabajo encargado de su elaboración optó por un Plan de vocación intersectorial, de "... abordaje global del tabaquismo, desde una estructura lo menos compleja posible, con unos objetivos consensuados, alcanzables desde distintas estrategias". No obstante, casi un año después de su aprobación, la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica denunció el reiterado incumplimiento del objetivo consistente en potenciar los espacios sin humo (objetivo específico 2.2 que, para el año 2003, pretendía que al menos el 95 % de los centros sanitarios, docentes y de la Administración pública en general fuesen espacios sin humo).

Abierto de Salud o Foro Virtual. El Comité Consultivo, dependiente del CISNS, de carácter permanente, existía desde la aprobación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, pero sus funciones y composición resultan modificadas a consecuencia de los múltiples cambios que la presente Ley imprime en el SNS. El Foro Abierto de Salud será convocado para temas concretos y de forma temporal por el Ministerio de Sanidad y Consumo. El Foro Virtual se mantendrá a través de la red informática. Estos últimos instrumentos de participación son de nueva creación.

El Consejo Interterritorial del SNS (CISNS) es el instrumento clave de la cohesión del SNS. En consecuencia, la Ley lo refuerza básicamente modificando su composición y ampliando sus funciones. Frente a la representación paritaria que la Administración Central tenía previamente en el CISNS, es preciso resaltar que actualmente lo componen el/la titular del Ministerio de Sanidad y Consumo y los/as diecisiete consejeros/as en materia de sanidad de las CC.AA.. Si bien el CISNS es tratado específicamente en el Capítulo X de la Ley, en coherencia con la filosofía que la inspira, figura en gran parte de su articulado.

El Capítulo XI procede a sistematizar las funciones de la Alta Inspección, añadiendo algunas que, aun siendo competencia exclusiva del Estado, no figuraban en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

El nuevo sistema de precios de referencia que introduce la Ley 16/2003, a través de la modificación del artículo 94.6 de la Ley 25/1990 del Medicamento, es analizado pormenorizadamente en el apartado homónimo, en la sección de reformas en el sector del medicamento.

Por último, las funciones del Fondo de Cohesión Sanitaria son ampliadas a lo largo del articulado de la Ley 16/2003. Antes de mencionarlas, conviene hacer una breve referencia al origen y evolución reciente de este instrumento de cohesión. Tiene su origen en el Fondo específico conocido como “fondo de desplazados” del modelo de financiación autonómica de la sanidad vigente en el período 1998-2001. El Fondo de Cohesión Sanitaria toma por primera vez este nombre con motivo del nuevo sistema de financiación diseñado en la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, donde es definido como un fondo específico cuya finalidad es “... garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español, y la atención a ciudadanos desplazados procedentes de países de la Unión Europea o de países con los que España tenga suscritos convenios de asistencia sanitaria recíproca, y será gestionado por el Ministerio de Sanidad y Consumo... [que] establecerá el procedimiento para compensar con cargo a este Fondo a las Comunidades Autónomas por el saldo neto de la asistencia sanitaria prestada a desplazados” [artículo 4 B) c)].

La gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria es desarrollada en el Real Decreto 1247/2002, de 3 de diciembre,³² que, en su artículo 2, prevé la compensación por el coste de la asistencia sanitaria en los dos siguientes supuestos: el desplazamiento de residentes en España a una Comunidad Autónoma distinta a aquella donde tienen su residencia habitual y el desplazamiento de pacientes no residentes en España. En el primer supuesto el Fondo se hará cargo de la asistencia sanitaria si existe autorización expresa de la Comunidad Autónoma de residencia, en coordinación con la Comunidad Autónoma que prestará el servicio, siempre que en la primera no se disponga de los servicios hospitalarios requeridos o resulten insuficientes para atender a la población y se trate de uno de los procesos incluidos en los anexos correspondientes, procesos seleccionados en función de su complejidad o disponibilidad limitada a algunas CC.AA.. En el segundo supuesto, referido a la atención a ciudadanos desplazados a España a cargo de la institución de otros Estados con los que España tiene suscrito un compromiso internacional (sea el implícito en el *acquis* comunitario, sea producto de convenios internacionales), el Fondo se hará cargo de la asistencia, siempre y cuando dichos ciudadanos hayan entrado y permanezcan legalmente en España y, además, la atención requerida esté contemplada en los convenios suscritos. En consecuencia, el derecho a la atención sanitaria de los extranjeros no inscritos en el padrón del municipio, en términos de asistencia sanitaria de urgencia, atención a las mujeres embarazadas y la misma atención

³² *Real Decreto 1247/2002, de 3 de diciembre, por el que se regula la gestión del fondo de cohesión sanitaria, BOE n° 290, de 4 de diciembre de 2002.*

sanitaria que a cualquier ciudadano español, en el caso de los menores de edad, tal y como se establece por medio de una Ley Orgánica,³³ corre a cargo de los fondos autonómicos, sin compensación alguna. En la Comunidad Valenciana se amplió la cobertura sanitaria de los extranjeros no empadronados que careciesen de recursos económicos, prestándoles asistencia sanitaria en las mismas condiciones que a los españoles, mientras normalizasen su situación administrativa. Con este fin, se creó la Tarjeta Solidaria.³⁴ Por último, en Navarra también se extendió el derecho a la atención sanitaria a los extranjeros, pero no en términos transitorios como en la Comunidad Valenciana, sino con independencia de su situación legal o administrativa.

Las funciones del Fondo de Cohesión Sanitaria han sido ampliadas posteriormente, a raíz de la aprobación de la Ley 16/2003. Así, la disposición adicional quinta establece que será el instrumento que el Ministerio de Sanidad y Consumo utilice para articular políticas que aseguren la cohesión y la corrección de desigualdades, a desarrollar mediante planes integrales de salud "... que tendrán en cuenta variables epidemiológicas y sociales que supongan una mayor necesidad de servicio, tales como patologías crónicas, morbimortalidad estandarizada por edad, población infantil, población inmigrante y otras de carácter similar". Además, tanto el uso tutelado de determinadas técnicas, tecnologías o procedimientos, como la atención en un servicio de referencia, serán financiados con cargo al Fondo de Cohesión (artículos 22 y 28.2, respectivamente, de la Ley).³⁵ La cobertura financiera de la ampliación de funciones del Fondo encuentra su respaldo en la Ley 61/2003, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2004, que establece que se podrán destinar hasta 10 millones de euros adicionales para políticas de cohesión dirigidas a otros colectivos no contemplados en el Real Decreto 1247/2002, de 3 de diciembre.³⁶

9.2. Reformas en el sector del medicamento

9.2.1. Control del gasto farmacéutico y uso racional del medicamento (2001-2003)

9.2.1.1. Plan Integral de Medidas de Control del Gasto Farmacéutico y Uso Racional del Medicamento

En relación con el diseño y aplicación de políticas de control del gasto farmacéutico y uso racional del medicamento, el período 2001 a 2003 ha sido particularmente intenso y ha estado marcado por la aprobación de numerosas medidas de gran trascendencia para el sector. Una moción parlamentaria de 19 de diciembre de 2000 condujo a que el Congreso de los Diputados acordase encomendar al Gobierno, conjuntamente con las CC.AA. a través del CISNS, el diseño de un Plan Integral de Medidas de Control del Gasto Farmacéutico y Uso Racional del Medicamento y el inicio de conversaciones con los agentes implicados, básicamente, la industria farmacéutica, los distribuidores mayoristas, las oficinas de farmacia, los facultativos y los usuarios del SNS. Con todos ellos se firmaron Acuerdos durante el año 2001.

En este contexto, el 31 de octubre de 2001, el Ministerio de Sanidad y Consumo y Farmaindustria³⁷ firmaron un Acuerdo para la elaboración y ejecución del mencionado Plan Integral, en vigor desde el 1 de enero de 2002 hasta el 31 de diciembre de 2004. En virtud de

³³ Artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, BOE n° 10, de 12 de enero de 2000.

³⁴ Decreto 26/2000, de 22 de febrero que establece el derecho de asistencia sanitaria a ciudadanos extranjeros y crea la Tarjeta Solidaria, DOGV n° 3697, de 28 de febrero de 2000.

³⁵ La Ley 62/2003, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social, BOE n° 313, de 31 de diciembre de 2003 (artículo 133.Dos), extiende a las Islas Baleares la previsión que la Ley 16/2003 había hecho en relación a la financiación con cargo al Fondo de Cohesión Sanitaria de la atención en los centros de referencia que se ubicasen en la Islas Canarias, Comunidad considerada estratégica a efectos de los criterios para la ubicación de centros de referencia (Disposición adicional octava).

³⁶ Disposición adicional vigésimo séptima de la Ley 61/2003, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2004, BOE n° 313, de 31 de diciembre de 2003.

³⁷ Patronal a la que están asociados la mayoría de los laboratorios instalados en España.

este Acuerdo, el Ministerio de Sanidad y Consumo se compromete a mantener un marco regulador estable y predecible y acuerda una repercusión económica máxima, derivada del estímulo a las especialidades farmacéuticas genéricas, el establecimiento de nuevos conjuntos homogéneos (en el esquema de precios de referencia) y la revisión anual de los precios de referencia. Por su parte, la industria farmacéutica se compromete a que sus inversiones en I+D+I crezcan a tasas superiores que las correspondientes al PIB. Su contribución al control del gasto farmacéutico se materializa en la creación de un Fondo finalista, orientado a la financiación de proyectos de investigación de interés general (a través del Instituto de Salud Carlos III), cuya cuantía se fijará en proporción al crecimiento del PIB y, en su caso, se verá aumentada en proporción al exceso de la tasa de crecimiento de las ventas de especialidades farmacéuticas al SNS (a través de oficinas de farmacia, valoradas a PVL³⁸) sobre el crecimiento previsto del PIB nominal. En concreto, se aplica un factor corrector de 1 punto para crecimientos del PIB iguales o inferiores al 5 %, que va en disminución hasta un crecimiento del 6,5 % de crecimiento anual, situación en la que el factor corrector toma el valor 0. Las aportaciones al Fondo se fijan en una cuantía máxima de 99,17 millones de euros anuales y una dotación mínima, acumulada para todo el período, de 150,25 millones de euros. Por último, el Acuerdo establece que si el incremento anual de las ventas supera en 3 puntos el índice de referencia, se procederá a la revisión del Acuerdo (Ministerio de Sanidad y Consumo y Farmaindustria, 2001). Por ejemplo, si el PIB nominal aumentase el 6,0 % (aplicando el factor de corrección correspondiente a este caso; 0,5 puntos), el techo de crecimiento de las ventas quedaría fijado en un 9,5 %, cifra a partir de la cual procedería renovar el Acuerdo. Esta es precisamente la situación que se presentó en el ejercicio 2002, con un crecimiento del gasto farmacéutico público del 9,9 %, superior en cuatro décimas al límite establecido (crecimiento del PIB nominal corregido del 6,5 %, más 3 puntos), de modo que a los 99,17 millones de euros (tope máximo fijado por año) se le sumaron con cargo a ese año alrededor de 13 millones de euros más (por las cuatro décimas de crecimiento en exceso de las ventas), ascendiendo el monto total aportado por la industria farmacéutica al Fondo de Investigación a 112 millones de euros (Farmaindustria, 2003). A su vez, respecto a las inversiones en I+D+I, según una encuesta de Farmaindustria, el sector dedicó casi 110 millones de euros más de lo pactado para el año 2002 (Farmaindustria, 2003).

En la misma línea que el Acuerdo firmado con la industria, el Ministerio de Sanidad y Consumo firmó un Acuerdo con la Federación de Distribuidores Farmacéuticos, consistente en garantizar un marco estable en la fijación de márgenes, a cambio de la aportación del exceso en el crecimiento de los ingresos brutos anuales (correspondientes a la factura del SNS) sobre el crecimiento del PIB nominal más 3 puntos a proyectos de investigación (a través del Instituto de Salud Carlos III). Del mismo modo, los Acuerdos establecidos con el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y con la Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles conllevan, en su caso, aportaciones fijadas en términos similares. En este ámbito resaltan los compromisos de colaboración en el fomento de las especialidades genéricas y en la puesta en marcha de la receta electrónica (CES, 2002).

El Acuerdo alcanzado con la Organización Médica Colegial gira, por parte de las Administraciones sanitarias, en torno al suministro de información independiente, formación continuada y el respeto a la libre facultad de prescripción y, por parte de los facultativos, en torno a la cooperación en el fomento de especialidades genéricas, farmacovigilancia y puesta en marcha de la receta electrónica. Por último, el Acuerdo con el Consejo General de Consumidores y Usuarios se apoyó, fundamentalmente, en iniciativas de difusión de información y educación para la salud que, según el Consejo Económico y Social, en el año 2001 no habían alcanzado desarrollo práctico (CES, 2002).

En este contexto de acuerdos de cooperación entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y los agentes implicados en el uso de medicamentos, durante el año 2003 se puso en marcha un proyecto piloto de dispensación de antibióticos en dosis personalizadas, a través de oficinas de farmacia. Nótese que este tipo de iniciativas precisa un elevado grado de cooperación entre los profesionales sanitarios; personal de la industria, médicos y farmacéuticos. Por ejemplo, los laboratorios han de enviar a las oficinas de farmacia las pastillas o grageas separadas de una

38 Precio de venta de laboratorio. Es el precio al que sale el producto desde el laboratorio para su venta a los almacenes distribuidores.

en una, así como envases clínicos vacíos. La Ley 62/2003 de medidas fiscales, administrativas y del orden social que acompaña a los Presupuestos Generales del Estado para el año 2004, define la especialidad farmacéutica en envase para dispensación personalizada como “El medicamento de composición e información definidas, de forma farmacéutica y dosificación determinadas, preparado para su uso medicinal inmediato, dispuesto y acondicionado para su dispensación al público a partir de un envase clínico de una especialidad farmacéutica autorizada, respetando la integridad del acondicionamiento primario, y destinado a posibilitar una dispensación adaptada a la prescripción médica en aquellos tratamientos en que el Ministerio de Sanidad y Consumo lo autorice”.³⁹

Actualmente, las Consejerías competentes en la materia de cinco CC.AA. y el INGESA han firmado convenios en este sentido con el Ministerio de Sanidad y Consumo. Se trata de Ceuta, Extremadura, Galicia, Madrid, Melilla y País Vasco, que lo firmaron en marzo de 2003, y la Comunidad Valenciana, que lo firmó a finales de ese año.⁴⁰ Si bien el protocolo de actuación recogido en los convenios es idéntico, el ritmo y el grado de implantación varía de unas CC.AA. a otras (véase el Cuadro 4).

CUADRO 4
Proyectos piloto de dispensación de antibióticos en dosis personalizadas

CC.AA. y Ciudades Autónomas	Fecha de los convenios	Grado de implantación
Ceuta	26 de marzo de 2003	En marcha
Extremadura	26 de marzo de 2003	En marcha
Galicia	26 de marzo de 2003	En marcha. Parece ser la Comunidad Autónoma más dinámica y con mayor grado de participación: 370 médicos de 49 unidades de AP (que dan cobertura a más de 40.000 personas) y 167 oficinas de farmacia. ^a
Madrid	26 de marzo de 2003	No se ha puesto aún en marcha
Melilla	26 de marzo de 2003	En marcha
País Vasco	26 de marzo de 2003	En marcha (participa sólo una oficina de farmacia). ^a
C. Valenciana	Diciembre de 2003	Recientemente firmado

^a Información facilitada en Benito E de, 2003. Según esta fuente, el ahorro obtenido en este tipo de medicamentos en Galicia, durante un período de 6 meses, ascendió al 35 % de la factura, habiéndose comprobado que sólo la mitad de las presentaciones se adaptan a la prescripción.

Asimismo, existe en marcha un proyecto piloto relacionado con la implantación de la receta electrónica, en el que participarán durante el año 2004 seis CC.AA.; Baleares, Canarias, La Rioja, Madrid, Murcia y el País Vasco, junto con las Ciudades de Ceuta y Melilla. Se trata de una experiencia enmarcada en el Programa para la Promoción e Identificación de Servicios Emergentes de Telecomunicaciones Avanzadas (Proyecto PISTA-Sanidad, promovido por los Ministerios de Ciencia y Tecnología y de Sanidad y Consumo), del que existen antecedentes recientes en una primera fase llevada a cabo en Cataluña, Madrid y el País Vasco. La virtualidad de la receta electrónica reside en que agiliza tanto los trámites administrativos (registro y facturación inmediata del gasto) como la atención a la salud (por ejemplo, al facilitar

³⁹ Artículo 132.Uno de la Ley 62/2003, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social, BOE nº 313, de 31 de diciembre de 2003, que modifica el artículo 8 de la Ley 25/1990, del Medicamento.

⁴⁰ Resolución de 5 de diciembre de 2003.

la detección y actuación ante problemas relacionados con los medicamentos, como los casos de reacciones adversas), facilita la coordinación entre facultativos y farmacéuticos y proporciona información terapéutica de los pacientes con independencia de su ubicación física en cada momento. En definitiva, puede ser un buen instrumento para contribuir al control del gasto farmacéutico y a un uso racional del medicamento. A partir de la experiencia adquirida hasta ahora, parece que los principales obstáculos se refieren a problemas de comunicación entre médicos y farmacéuticos y a impedimentos técnicos para disponer en tiempo real de información sobre prescripción y dispensación, por lo que en esta nueva fase se tratará de abordar la integración de las diversas aplicaciones existentes en los distintos niveles de atención, incluida la tarjeta sanitaria (El Médico Interactivo, 2004). A su vez, en Galicia y en la Comunidad Valenciana, también se han llevado a cabo iniciativas de este tipo (Navarro A, 2003). Por su parte, en Andalucía, se está llevando a cabo un proyecto piloto de aplicación de la receta electrónica, bajo el lema "Receta XXI", apoyado en la grabación de datos de la prescripción a través de la tarjeta sanitaria, de tal modo que desde las oficinas de farmacia se pueda acceder a dicha información y dispensar tratamientos completos según la pauta establecida, descargando a los centros sanitarios de "consultas administrativas". Esta iniciativa se va implantando por fases. La primera comenzó en 2003, con pacientes simulados. En un centro de salud de Sevilla se está aplicando ya a pacientes reales. El objetivo es su implantación efectiva en todos los centros de salud andaluces durante el año 2004, previéndose su extensión a las prescripciones de los especialistas en el período 2004-2005.

9.2.1.2. Nuevo sistema de precios de referencia

El sistema de precios de referencia entró en vigor en España el 1 de diciembre de 2000, experimentando un profundo cambio en enero de 2004. El proceso legal a través del que se fue desarrollando el esquema se muestra en el Cuadro 5. La Ley 16/2003, de cohesión y calidad del SNS, junto con la Orden Ministerial que la desarrolla (de 23 de octubre de 2003), modificaron sustancialmente el funcionamiento de los precios de referencia en el SNS. Los principales cambios inciden en las piezas clave del sistema: el método de cálculo del precio de referencia, la definición de "conjunto" y la sustitución por los farmacéuticos.

CUADRO 5
Normativa que desarrolla el sistema de precios de referencia

<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes que dan fundamento al sistema y definición de especialidades farmacéuticas genéricas: <ul style="list-style-type: none"> - Artículos 94 y 8, respectivamente, de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento (BOE nº 306, de 22 de diciembre de 1990), modificados por la Ley 13/1996, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social, que añade a ambos el apartado 6 (BOE nº 315, de 31 de diciembre de 1996).
<ul style="list-style-type: none"> • Sustitución por los farmacéuticos: <ul style="list-style-type: none"> - Artículo 94.6 de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, modificado por la Ley 66/1997, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social, que añade el siguiente párrafo: “Cuando la presentación de la especialidad farmacéutica prescrita supere la cuantía establecida como precio de referencia, el farmacéutico deberá sustituirla [salvo que el usuario elija pagar la diferencia] por una especialidad farmacéutica genérica de idéntica composición cualitativa y cuantitativa...”.
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo: <ul style="list-style-type: none"> - Real Decreto 1035/1999, de 18 de junio, por el que se regula el sistema de precios de referencia en la financiación de medicamentos con cargo a fondos de la Seguridad Social o a fondos estatales afectos a la sanidad (BOE nº 154, de 29 de junio de 1999): cálculo del precio de referencia, concepto de bioequivalencia y definición de conjuntos homogéneos. El artículo 5.1 establece que la sustitución por los farmacéuticos, en su caso, se hará por una especialidad farmacéutica genérica del mismo conjunto homogéneo cuyo precio no supere el de referencia (este artículo, junto a otros, queda derogado por la Ley 16/2003, de 28 de mayo; véase más abajo). Este Real Decreto es desarrollado a través de tres Ordenes del Ministerio de Sanidad y Consumo, por las que se establecen los conjuntos homogéneos, se aprueban los correspondientes precios de referencia y, en su caso, se revisan los precios de referencia de los conjuntos homogéneos ya existentes. - Orden de 13 de julio de 2000 (BOE de 25 de julio de 2000), en vigor desde el 1 de diciembre de 2000. - Orden de 27 de diciembre de 2001 (BOE de 29 de diciembre de 2001; corrección de errores en Orden SCO/211/2002, de 24 de enero), en vigor desde el 1 de mayo de 2002. En esta Orden se procede a la revisión de precios. - Orden SCO/3215, de 4 de diciembre de 2002 (BOE nº 302, de 18 de diciembre de 2002), en vigor desde el 1 de mayo de 2003. - Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (BOE nº 128, de 29 de mayo de 2003), en su disposición final tercera modifica el método de cálculo del precio de referencia, la definición de “conjunto” y la sustitución por los farmacéuticos, derogando en consecuencia varios artículos del Decreto 1035/1999, de 18 de junio, y modificando el artículo 94.6 de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento. La sustitución por los farmacéuticos, en su caso, se hará por la especialidad farmacéutica genérica de menor precio (inclusive cuando el médico prescriba por principio activo, derogando el artículo 5 del Real Decreto 1035/1999). Éste y los demás cambios son objeto de análisis en el texto. - Orden SCO/2958/2003, de 23 de octubre, por la que se determinan los nuevos conjuntos de presentaciones de especialidades farmacéuticas y se aprueban los correspondientes precios de referencia (BOE nº 256, de 25 de octubre de 2003 y corrección de errores en el BOE nº 283, de 26 de noviembre de 2003). La entrada en vigor de los nuevos precios, prevista inicialmente para el 1 de febrero de 2004, se adelanta al 1 de enero de 2004, debido a la acentuada tendencia alcista del gasto farmacéutico público (Orden SCO/3524/2003, de 12 de diciembre, BOE nº 302, de 18 de diciembre de 2003).

El precio de referencia se calcula actualmente, para cada conjunto, como la media aritmética de los tres costes/tratamiento/día menores de las presentaciones agrupadas por cada vía de administración, estimados según la dosis diaria definida. Es decir, se abandonan la referencia (de productos a tener en cuenta en su determinación) a una cuota mínima del mercado del 20 % (en unidades) y la aplicación de factores correctores del resultado obtenido. La nueva fórmula se aplica siempre y cuando se garantice el abastecimiento a las oficinas de farmacia. Con este fin, se excluyen del cálculo las presentaciones cuyo precio de venta de laboratorio sea inferior a 2 euros, techo mínimo a los efectos del impacto sobre precios del sistema.

Por “conjunto” se entiende, a partir de ahora, la totalidad de las presentaciones de especialidades farmacéuticas financiadas que tengan el mismo principio activo, entre las que existirá, al menos, una especialidad farmacéutica genérica, cuyo precio no podrá superar el de referencia. Las formas farmacéuticas innovadoras quedan excluidas de los conjuntos, hasta que sea autorizada la especialidad farmacéutica genérica correspondiente. Asimismo, la Orden de 23 de octubre de 2003 establece la determinación de conjuntos independientes, como tratamientos pediátricos para los que se disponga al menos de una especialidad genérica.

La sustitución por los farmacéuticos por la especialidad genérica de menor precio es obligatoria, siempre que se prescriba una especialidad que forme parte de un conjunto, que tenga un precio superior al de referencia y que exista una especialidad farmacéutica genérica de idénticas características. En caso de que no existiese, el farmacéutico deberá dispensar la especialidad prescrita a precio de referencia, corriendo a cargo del laboratorio la diferencia entre el precio de venta de laboratorio y el de referencia. Es decir, la sustitución siempre se hará por la especialidad genérica más barata y no, como establecía el procedimiento antiguo, por cualquier especialidad farmacéutica genérica de igual o menor precio al de referencia. Este criterio se aplicará, asimismo, cuando el médico prescriba por principio activo.

Antes de la entrada en vigor de la Ley 16/2003, de 28 de mayo y de la Orden Ministerial que la desarrolla, cuatro CC.AA. habían establecido su propio sistema de precios máximos, en paralelo al sistema de precios de referencia, lo que permite hablar de “dobles precios de referencia”: Andalucía, Aragón, Extremadura y la Comunidad de Madrid. En el marco del esquema aplicado desde septiembre de 2001 en Andalucía, todos los productos con el mismo principio activo y presentación son considerados homogéneos y se les aplica el mismo precio de referencia: el mayor precio de los dos más bajos. Este sistema precisa que el médico prescriba por el nombre del principio activo (en junio de 2002, el 9 % de las recetas dispensadas en esta Comunidad Autónoma). En consecuencia, el precio de referencia se situaba a mediados de 2001, en promedio, un 17 % por debajo del fijado con el antiguo sistema de cálculo a nivel central (Puig-Junoy J, 2004).

Es conveniente hacer una alusión al impacto del antiguo sistema de precios de referencia, así como plantear los posibles efectos del nuevo esquema. Según estimaciones oficiales, el ahorro obtenido en el año 2001 representó el 1,2 % del gasto farmacéutico público total. El ahorro estimado por la industria farmacéutica para el año 2002 se sitúa en 156 millones de euros (145 millones de euros según las estimaciones del Gobierno), cantidad que representa en torno al 2 % del gasto farmacéutico público. Puig-Junoy considera que, a pesar de su reducida cuantía, estas cifras están sobreestimadas, entre otras razones, porque incluyen el efecto de la reducción del precio, hasta igualar el precio de referencia, impuesta a todos los productos no reconocidos oficialmente como bioequivalentes (copias), pero incluidos en los conjuntos homogéneos. Por otra parte, es muy probable que en las estimaciones del ahorro en la factura del SNS no se hayan tenido en cuenta prácticas que pueden contrarrestar el efecto precio, como la sustitución en las recetas por medicamentos no incluidos en el esquema (Puig-Junoy J, 2004). A su vez, con efectos desde julio de 2001, el sistema de precios de referencia fue reforzado a través de la reducción en un 15 % del precio de las especialidades farmacéuticas conteniendo uno de los siguientes principios activos en su composición: atenolol, ciprofloxacino, enalapril, famotidina y omeprazol.

Por último, Puig-Junoy aporta evidencia empírica sobre la evolución de precios tras la introducción del sistema de precios de referencia, comparando su nivel diez meses antes y diez meses después de diciembre de 2000. El estudio se centra en cuatro principios activos (captopril, fluoxetina, omeprazol y ranitidina), incluidos en 13 conjuntos homogéneos que

incluyen 228 productos. En septiembre de 2001 sólo 4 de los 228 productos tenían precios superiores al de referencia, 102 se situaban a ese nivel y, el resto, por debajo. No obstante, los precios de los productos ya existentes en el mercado, que en el momento de introducir el sistema se situaban al mismo nivel o por debajo del precio de referencia, permanecían constantes diez meses después (Puig-Junoy J, 2004).

Con el nuevo sistema en vigor desde el 1 de enero de 2004 el precio de referencia estará muy próximo al precio más bajo del mercado, dado el nuevo método de cálculo, de modo que una respuesta por parte de los laboratorios similar a la descrita en el párrafo anterior permitiría obtener una importante disminución de los precios de los medicamentos incluidos en el esquema. A su vez, con el antiguo procedimiento de sustitución, las oficinas de farmacia no tenían incentivos a dispensar medicamentos con precios inferiores al de referencia. En cambio, con el nuevo esquema desaparece el incentivo implícito a dispensar el genérico más caro (cuyo margen comercial se sitúa desde agosto de 2000 en el 33 %) entre los de igual o menor precio al de referencia, en el caso de que el usuario optase por la sustitución, tal y como ocurría en el modelo abandonado. Respecto a los usuarios, el desincentivo económico a seguir la prescripción de especialidades con precios superiores al de referencia, unido al elevado grado de conocimiento y aceptación de los genéricos, tal y como se desprende del Barómetro Sanitario del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) de 2003,⁴¹ permite prever un aumento del peso de los genéricos más competitivos en el mercado de prescripción español. Por otra parte, las sucesivas ampliaciones de los conjuntos en el SNS dificultan (y dificultarán cada vez en mayor medida) el posible desplazamiento de prescripciones hacia medicamentos no incluidos en el esquema.

9.2.2. Publicidad de los medicamentos de uso humano dirigida a los profesionales sanitarios

9.2.2.1. Bases generales y regulación autonómica de la visita médica

La regulación de las visitas médicas se enmarca en el ámbito más amplio de la publicidad de los medicamentos de uso humano. En particular, el Real Decreto 1416/1994, de 25 de junio,⁴² desarrolla la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, y traspone al ordenamiento jurídico nacional la Directiva 92/28/CEE del Consejo, de 31 de marzo de 1992, relativa a la publicidad de medicamentos para uso humano.⁴³ El artículo 12 del citado Real Decreto define la visita médica y los requisitos generales que han de cumplir los visitantes médicos. Si bien la regulación de aspectos concretos, tales como la duración y la frecuencia de las visitas, corresponde al ámbito autonómico, el Pleno del CISNS acordó el 18 de noviembre de 2002 el establecimiento de unas bases generales, en el sentido de consensuar con los Servicios de Salud la aplicación de unos requisitos comunes como, por ejemplo, que las visitas médicas no se realizasen en horario de consulta; que se configurasen preferentemente como reuniones colectivas; y que se estableciesen limitaciones de tiempo y del número de visitas anuales por laboratorio, así como mecanismos de control del cumplimiento de las normas dictadas.

En cuanto a la regulación de aspectos concretos, resalta la gran heterogeneidad entre CC.AA., llegándose a producir diferencias entre áreas de salud, e incluso entre centros, dentro de la misma Comunidad Autónoma.⁴⁴ En el Cuadro 6 se sintetiza la regulación autonómica más

⁴¹ El 86 % de los encuestados aceptaría la prescripción de un medicamento genérico. Según el Barómetro Sanitario de 2002, este porcentaje se situaba en el 81 %. En definitiva, en tan sólo un año, ha aumentado su grado de aceptación por los ciudadanos de modo sensible. En 2002, el 11,4 % calificaba la implantación de genéricos como una medida “muy eficaz” y el 55,8 %, como “bastante eficaz” para racionalizar el gasto farmacéutico, situándose en el 79 % el porcentaje de encuestados que, en 2002, estimaba necesario controlar el gasto farmacéutico público, frente al 85 % en el año 2003.

⁴² Real Decreto 1416/1994, de 25 de junio, por el que se regula la publicidad de los medicamentos de uso humano, BOE n° 180, de 29 de julio de 1994.

⁴³ Incluida en la Directiva 2001/83/CE de Codificación de la Legislación sobre Medicamentos de Uso Humano, de 6 de noviembre de 2001.

⁴⁴ Vaquero L, 2003.

reciente, vigente en España.⁴⁵ Por orden cronológico, se trata de la normativa correspondiente a: País Vasco, Comunidad de Madrid, Castilla-La Mancha y Comunidad Valenciana. A la información recogida en el Cuadro 6 cabe añadir que en el País Vasco se indica expresamente que la visita médica es voluntaria, es decir, que los profesionales sanitarios "... no tienen la obligación de recibir a los/as delegados/as de los laboratorios farmacéuticos".⁴⁶ En la Comunidad de Madrid⁴⁷ se creó la figura de Supervisor General de promoción de los medicamentos, como responsable del seguimiento de la normativa establecida. Por su parte, en Castilla-La Mancha se exige que los visitantes médicos acrediten un período mínimo de formación de 200 horas⁴⁸.

⁴⁵ Aparte de una Circular del INSALUD que data del año 1988, se tiene noticia de sendas Circulares de los Servicios Andaluz y Gallego de Salud (de 1991 y 1992, respectivamente), una Resolución de 1997 del Servicio Canario de Salud y una Instrucción del mismo año del Instituto Catalán de la Salud (Navarro A, 2003).

⁴⁶ Instrucción nº 5/2000, de 14 de julio.

⁴⁷ *Farmaindustria* interpuso un recurso ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo contra la Circular nº 1/2002 de la Comunidad de Madrid, que fue rechazado por el Tribunal Superior de Justicia de Madrid.

⁴⁸ La reciente regulación de la visita médica en la Comunidad Valenciana incorpora, entre otras, dos innovaciones. En primer lugar, las visitas relacionadas con principios activos de nueva comercialización en los últimos tres años se independizan del calendario mostrado en el Cuadro 6 y se deberán realizar en presencia del Farmacéutico de Área y, en su caso, de otros laboratorios titulares de especialidades similares que lo soliciten. En segundo lugar, la Orden de 27 de enero de 2004 prevé la solicitud de visitas colectivas dirigidas al personal de enfermería para informar sobre productos sanitarios y nuevas técnicas de administración de medicamentos.

CUADRO 6
Regulación general y autonómica (2000-2004) de las visitas médicas

Aspectos generales:								
<ul style="list-style-type: none"> Real Decreto 1416/1994 de 25 de junio, por el que se regula la publicidad de los medicamentos de uso humano (artículo 12) Acuerdo de 18 de noviembre de 2002 del Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud 								
Regulación autonómica (2000-2004)	Tipo de Visita	Fuera de horario de consulta	T. máx./lab.	Nº máx. visitantes/laboratorio por visita	Nº máx. visitas anuales/lab.	Nº máx. lab./v.	Nº máx. lab./día	T. máx. t/día ó nº días/semana
País Vasco (Instrucción nº 5/2000, de 14 julio)	VC ó VI	Sí ^a	5 min./v.	1	4		4	15 min./día (dedicado por el profesional)
C. de Madrid (Circular nº 1/2002, de 25 de nov.)	VC ó VI	Sí	VC: 10 min./v. VI ^b	2	4		5 ó 4 ^c	3 ó 2 días de visita a la semana ^d
Castilla-La Mancha (Circular 5/2003, de 19 de nov.)	Sólo VC	Sí ^a	10 min./v. ^e	2	4	3/v.		
C. Valenciana (Orden de 27 de enero de 2004)	VC o VI ^f	Sí	4 ó 3 h/ semana ^g	1	4 ó 5 ^h		4	
Asturias	En proceso de regulación							
Cataluña	En proceso de regulación							
Andalucía	Circular 0013/91(09/09). Regulación visitas médicas en Instituciones Abiertas del Servicio Andaluz de Salud							

VC: Visita colectiva

VI: Visita individualizada

^a Se prohíbe expresamente la visita médica en horario de consulta.

^b En el caso de las visitas individualizadas, el tiempo máximo de permanencia de los visitantes es de 3 horas en los centros hospitalarios y de 2 horas por turno en los centros de atención primaria (y, en su caso, centros de especialidades periféricos).

^c 5, en los centros de atención primaria y 4 en el resto de los casos.

^d 3, en el caso de centros de atención primaria (con la posibilidad de repetir la convocatoria de la visita en los diferentes turnos); 2, en el caso de los servicios clínicos hospitalarios (y consultas externas, en caso de obtener autorización de la Gerencia, quedando excluido el servicio de urgencias) y de los centros de especialidades periféricos (en caso de obtener autorización de la Gerencia y con posibilidad de repetir la convocatoria en los diferentes turnos).

^e Existe la posibilidad de unir dos o más VC por razones de planificación.

^f La VI no está permitida cuando se trata de medicamentos de nula o muy pequeña mejora terapéutica.

^g 4 en centros de atención primaria y 3 en los servicios o consultas de los centros hospitalarios.

^h La posible quinta visita estará siempre dirigida a informar y promover especialidades farmacéuticas genéricas y tendrá carácter colectivo.

9.2.2.2. Prohibición de las bonificaciones y prácticas similares

La Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento prohíbe expresamente “El ofrecimiento directo o indirecto de cualquier tipo de incentivo, primas u obsequios, por parte de quien tenga intereses directos o indirectos en la producción, fabricación y comercialización de medicamentos a los profesionales sanitarios implicados en el ciclo de prescripción, dispensación y administración, o a sus parientes y personas de su convivencia [artículo 7.2 a)].⁴⁹ De nuevo, el Real Decreto 1416/1994, de 25 de junio, prohíbe “... otorgar, ofrecer o prometer a las personas facultadas para prescribir o dispensar medicamentos... primas, ventajas pecuniarias o ventajas en especie, con excepción de aquellas que tengan un valor insignificante y que sean relevantes para la práctica de la medicina o la farmacia” (artículo 17), al mismo tiempo que las personas facultadas para prescribir o dispensar medicamentos no podrán solicitar o aceptar ninguno de estos incentivos prohibidos (artículo 19). El régimen de tipificación de infracciones y de las correspondientes sanciones se rige por la Ley 25/1990 del Medicamento que, en su artículo 108.2, tipifica como infracción leve la prohibición a la que se refiere el artículo 7.2 a) citado previamente. El régimen sancionador ha sido endurecido por el artículo 132.3 de la Ley 62/2003, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social,⁵⁰ que modifica el artículo 109.1 de la Ley del Medicamento de 1990, sancionando las infracciones leves en un grado mínimo con hasta 6.000 euros y en un grado máximo con sumas que pueden alcanzar los 30.000 euros, mientras que antes de la entrada de vigor de la Ley de Acompañamiento de los Presupuestos Generales del Estado para 2004, las sanciones establecidas para estos casos oscilaban entre un mínimo de 601 euros y un máximo de 3.005 euros.

A pesar de la vigencia del marco regulador descrito, en los últimos años ha proliferado la práctica de las bonificaciones o descuentos a las oficinas de farmacia, por parte de algunos mayoristas y laboratorios, generalmente a través de la entrega gratuita de unidades por la compra de sus productos. La explotación en este sentido del margen de maniobra del que disponen los farmacéuticos en la sustitución de medicamentos de prescripción⁵¹ está siendo objeto de duras críticas.⁵² Esta situación ha conducido a la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios a dirigir un escrito sobre bonificaciones, de 5 de junio de 2002, a diversas instituciones y CC.AA., ratificando su carácter ilegal y en el que, aparte de otras cuestiones de tipo jurídico, se aclara que la posibilidad de entrega de muestras gratuitas (contemplada con carácter excepcional y con limitaciones en el artículo 16 del Real Decreto 1416/1994, de 25 de junio) se refiere únicamente a personas facultadas para prescribir medicamentos. Además, se hace hincapié en el espíritu de la ley al facultar la intervención de los precios de los medicamentos financiados con fondos públicos, en aras del interés público. Sin embargo, las bonificaciones, en el mejor de los casos, no reportan beneficio alguno ni a los usuarios ni al SNS y, en el peor, no sólo no modifican el precio de los medicamentos a la baja, sino que pueden implicar un encarecimiento derivado de la selección de especialidades farmacéuticas de precio más elevado (con bonificación para el farmacéutico) con las que sustituyen a las prescritas. No obstante, la modificación del procedimiento de sustitución por los farmacéuticos limita actualmente el alcance de estas prácticas.

En este contexto, Farmaindustria aprobó el Código Español de Buenas Prácticas para la Promoción de los Medicamentos (Código Deontológico), en vigor desde el 1 de julio de 2002. Este Código sustituye a otro vigente desde 1993. El nuevo Código Deontológico refuerza los procedimientos para garantizar su cumplimiento e incluye por primera vez la regulación de la promoción de los medicamentos a través de internet. Respecto a los incentivos el Código establece que “No podrán otorgarse, ofrecerse o prometerse obsequios, ventajas pecuniarias o en especie a los profesionales sanitarios implicados en el ciclo de prescripción, dispensación y administración o al personal administrativo para incentivar la prescripción, dispensación, suministro y administración de medicamentos, salvo que se trate de obsequios de poco valor y relacionados con la práctica de la medicina o la farmacia. Por lo tanto, es admisible la entrega de obsequios tales como utensilios de uso profesional en la práctica médica o farmacéutica o

⁴⁹ BOE n° 306, de 22 de diciembre de 1990.

⁵⁰ BOE n° 313, de 31 de diciembre de 2003.

⁵¹ Limitado actualmente, como quedó ya indicado, por el nuevo sistema de precios de referencia.

⁵² Véase, por ejemplo, Costas Lombardía E, 2003 e INDECOF (2003a) .

utensilios de despacho de valor insignificante”, considerándose “obsequio de poco valor” aquél que no supere los 19 euros, con la excepción de libros o materiales de carácter científico-técnico, bajo el patrocinio de la empresa, que cumplan los requisitos legales establecidos (Farmaindustria, 2002). Esta iniciativa de autorregulación se apoya en la Comisión Deontológica de la Industria Farmacéutica (encargada de velar por su cumplimiento) y en el Jurado para la Autorregulación de la Comunicación Comercial (Órgano independiente, responsable de la resolución de conflictos). Aparte de todos los laboratorios asociados a Farmaindustria, entre el 1 de julio de 2002 y 31 de marzo de 2003, se adhirieron al Código 22 laboratorios no asociados. En este mismo período, el número de denuncias realizadas por supuesta vulneración del Código ascendió a 28, de las que fueron estimadas 21. La Comisión Deontológica resolvió 8 en mediación, encontrándose 6 en trámite. El Jurado resolvió 6 denuncias. Generalmente, los acuerdos de avenencia se tradujeron en “... la retirada o rectificación del material promocional. Por su parte, el Jurado de Autocontrol impuso sanciones pecuniarias a los laboratorios infractores de 6.000 euros y 9.000 euros” (Farmaindustria, 2003). En particular, a finales de 2002 resultó sancionado un laboratorio por bonificar con medicamentos a las oficinas de farmacia. En enero de 2004 la Asamblea General de Farmaindustria aprobó una Guía de Desarrollo del Código Deontológico y creó una Unidad de Supervisión Deontológica que tendrá carácter independiente y actuará como órgano de apoyo de la Comisión.

A pesar de todo lo indicado previamente, según INDECOF “En el segundo semestre de 2002 y en los primeros meses de 2003 han continuado, sin limitaciones, las bonificaciones ilegales de medicamentos éticos...” (INDECOF, 2003a). Así, en un trabajo de campo llevado a cabo entre el 22 de mayo y el 11 de junio de 2003,⁵³ se concluye que más del 73 % de los encuestados cree que las oficinas de farmacia reciben (con mayor o menor regularidad) bonificaciones de los medicamentos y más del 56 % reconoce que las acepta (INDECOF, 2003b).

9.2.3. Ordenación farmacéutica: legislación común y autonómica

Aunque inicialmente la ordenación farmacéutica fue considerada una competencia reconocida expresamente sólo en algunos Estatutos de Autonomía, la doctrina del Tribunal Constitucional recondujo este título competencial al genérico de “seguridad e higiene”, en el que todas las CC.AA. tienen competencias, correspondiéndoles el desarrollo de la legislación básica (Barnuevo R, 2002).

El desarrollo de la legislación común en la materia, ya previsto en la Ley General de Sanidad de 1986, no se contempla hasta la aprobación de la Ley 16/1997, de 25 de abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia,⁵⁴ cuyo objetivo es flexibilizar la apertura de oficinas de farmacia y garantizar la asistencia farmacéutica a toda la población. Como se puede ver en el Cuadro 7, en el que se presenta la legislación autonómica por orden cronológico, varias CC.AA. habían legislado previamente en la materia.

⁵³ Consistente en 150 entrevistas realizadas en oficinas de farmacia con un nivel de confianza del 95,5 %, por la empresa de estudios de mercado GABISE.

⁵⁴ BOE n° 100, de 26 de abril de 1997.

CUADRO 7
Legislación autonómica en materia de ordenación farmacéutica

Cataluña	Ley 31/1991, de 13 de diciembre, de Ordenación Farmacéutica, BOGC nº 1538, de 9 de enero de 1992.
País Vasco	Ley 11/1994, de 17 de junio, de Ordenación Farmacéutica, BOPV nº 135, de 15 de julio de 1994.
Extremadura	Ley 3/1996, de 25 de junio, de Atención Farmacéutica, DOE nº 76, de 2 de julio de 1996 (modificada por la Ley 1/1997, de 16 de enero, DOE nº 13, de 30 de enero de 1997 y por la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud, DOE nº 76, de 3 de julio de 2001).
Castilla-La Mancha	Ley 4/1996, de 26 de diciembre, de Ordenación del Servicio Farmacéutico, BOCLM nº 2, de 10 de enero de 1997 (modificada por la Ley 4/1998, de 9 de junio, BOCLM nº 28, de 19 de junio de 1998).
Murcia	Ley 3/1997, de 28 de mayo, de Ordenación Farmacéutica, BORM nº 144, de 25 de junio de 1997.
La Rioja	Ley 8/1998, de 16 de junio, de Ordenación Farmacéutica, BOLR nº 74, de 20 de junio de 1998.
Principado de Asturias	Decreto 27/1998, de 18 de junio, BOPA nº 141, de 19 de junio de 1998 (modificado por el Decreto 72/2001, de 19 de julio, regulador de las Oficinas de Farmacia y Botiquines en el Principado de Asturias, BOPA de 28 de julio de 2001).
Comunidad Valenciana	Ley 6/1998, de 22 de junio, de Ordenación Farmacéutica, BOGV nº 3273, de 26 de junio de 1998.
Islas Baleares	Ley 7/1998, de 12 de noviembre, de Ordenación Farmacéutica, BOIB nº 149, de 21 de noviembre de 1998.
Comunidad de Madrid	Ley 19/1998, de 25 de noviembre, de Ordenación y Atención Farmacéutica, BOCM nº 287, de 3 de diciembre de 1998.
Aragón	Ley 4/1999, de 25 de marzo, de Ordenación Farmacéutica, BOA nº 39, de 6 de abril de 1999.
Galicia	Ley 5/1999, de 21 de mayo, de Ordenación Farmacéutica, BOG nº 99, de 26 de mayo de 1999.
Navarra	Ley Foral 12/2000, de 16 de noviembre, de Atención Farmacéutica, BCFN de 27 de noviembre de 2000.
Cantabria	Ley 7/2001, de 19 de diciembre, de Ordenación Farmacéutica, BOC nº 249, de 27 de diciembre de 2001.
Castilla y León	Ley 13/2001, de 20 de diciembre, de Ordenación Farmacéutica, BOCL nº 249, de 26 de diciembre de 2001 (corrección de errores en BOCL nº 29, de 11 de febrero de 2002).
Andalucía	Decreto 353/2003, 16 de diciembre, por el que se establecen la planificación farmacéutica y los procedimientos de autorización relativos a oficinas de farmacia.
Canarias	No ha desarrollado aún normativa al respecto

La Ley 16/1997 establece diversos criterios básicos de la ordenación farmacéutica. Así, señala que las CC.AA. fijarán criterios específicos de planificación para la autorización de oficinas de farmacia, tomando como referencia las unidades básicas de atención primaria por ellas fijadas (artículo 2.1). A su vez, la Ley establece que la ordenación territorial de las oficinas de farmacia se realizará por módulos de población y distancias, módulos que serán determinados por las CC.AA.. No obstante, con carácter general, la Ley flexibiliza los límites hasta entonces vigentes para la apertura de nuevos establecimientos, fijándolos en 2.800 habitantes por oficina de farmacia (con excepciones y ampliable hasta 4.000 habitantes por las CC.AA.) y en una distancia mínima entre oficinas de farmacia de 250 metros, con la posibilidad de que las CC.AA. autoricen distancias inferiores (artículos 2.2., 2.3 y 2.4). Otra innovación que incorpora la Ley se refiere a la flexibilización del régimen de jornada y horario, estableciendo que la regulación autonómica al respecto tendrá el carácter de mínimos. La Ley no efectúa cambio alguno sobre el régimen tradicional de transmisión de la propiedad de las oficinas de farmacia, que sólo puede efectuarse a favor de otro/a u otros/as farmacéuticos/as, quedando en el

ámbito de la legislación autonómica aspectos tales como las formas, condiciones, plazos y otros requisitos (artículo 4). También se ratifica la Ley en la presencia y actuación profesional inexcusable de un/a farmacéutico/a para la dispensación al público de medicamentos, pudiendo regular las CC.AA. el número mínimo de farmacéuticos adjuntos correspondientes al servicio farmacéutico (artículo 5).

Como se puede ver en el Cuadro 7, tras la aprobación de la normativa básica, la mayoría de las CC.AA. legislaron en materia de ordenación farmacéutica, adaptándose, en general, al marco establecido. No obstante, las Leyes dictadas en Extremadura, Castilla-La Mancha (ambas previas a la aprobación de la Ley 16/1997) y Galicia fueron recurridas por el Estado ante el Tribunal Constitucional, por considerar que se apartaban de la normativa básica. En la STC 109/2003 el Tribunal Constitucional enjuició los preceptos de las dos primeras referidos a la intransmisibilidad y la caducidad de las autorizaciones de apertura de las oficinas de farmacia, admitiendo que las CC.AA. podían añadir requisitos ad hoc a los requisitos mínimos fijados por el Estado. Por su parte, la Ley 5/1999 de Galicia, aprobada con posterioridad a la Ley 16/1997, fue recurrida, además, por prohibir en el artículo 23.1 la transmisión intervivos de las oficinas de farmacia adjudicadas por concurso con posterioridad a la entrada en vigor de la Ley. El Tribunal consideró que este artículo se oponía al artículo 4 de la Ley 16/1997, en el que se establece la posibilidad de transmisión a otro u otros farmacéuticos y que impedía, en consecuencia, la materialización del criterio normativo común, considerándolo por lo tanto inconstitucional y nulo.⁵⁵

Entre todas las leyes autonómicas que regulan el servicio farmacéutico destaca, por su carácter innovador, la Ley Foral 12/2000 de Navarra, que introduce dos grandes novedades en este ámbito. En primer lugar, la planificación de la autorización de oficinas de farmacia referida a cada Zona Básica de Salud tiene carácter de mínimos: una vez que todas y cada una de las Zonas disponga del número mínimo de oficinas de farmacia previsto (una por cada 2.800 habitantes, en general, y en determinadas Zonas Básicas de Salud, una por cada 1.400 habitantes), se permite la libre apertura. En este caso, regirían tan sólo dos limitaciones: el número máximo total de oficinas de farmacia establecidas en Navarra no podrá superar la proporción de una por 700 habitantes y se deberá respetar una distancia mínima entre ellas de 150 metros (artículos 24 y 27). En segundo lugar, la Ley establece un marco legal de “concertación selectiva”, en palabras de Meneu, o convenio de libre aceptación, rompiendo con el sistema de concierto automático con Sistema Nacional de Salud vigente en el resto de España, donde toda oficina de farmacia abierta al público pasa automáticamente “... a ser proveedor del Sistema Nacional de Salud, con condiciones homogéneas y facturación a través de los colegios profesionales...” (Meneu R, 2002). De hecho, la Ley Foral 12/2000 establece unas condiciones generales, aplicables a todas las oficinas de farmacia, y otras específicas, para las que opten por la concertación con el Servicio Navarro de Salud, que “... vendrá obligado a concertar la dispensación de medicamentos y productos sanitarios prescritos por los facultativos del Sistema Nacional de Salud con los propietarios titulares de oficinas de farmacia abiertas al público en Navarra que se hayan adherido voluntariamente al Acuerdo Marco sobre condiciones para dicha concertación aprobado por el Departamento de Salud...” (artículo 29),⁵⁶ en el que se recogerán, entre otros aspectos, el horario, el número de farmacéuticos, los recursos materiales, las condiciones económicas, la promoción de genéricos y la colaboración en programas que promuevan las Administraciones sanitarias (artículo 31). En resumen, tal y como se indica en la exposición de motivos de la Ley, Navarra optó por un modelo de “flexibilización planificada”, reflejando algunas de las propuestas del Tribunal de Defensa de la Competencia al respecto.⁵⁷

⁵⁵ Texto definitivo aprobado el 17 de julio de 2003, disponible en <http://www.sergas.es/>.

⁵⁶ En la tramitación parlamentaria de la Ley Foral, la ruptura con el modelo de concertación universal y, por lo tanto, el establecimiento de un sistema dual de farmacias concertadas y farmacias no concertadas fue motivo de objeciones por los Grupos Parlamentarios Socialista, Eusko Alkartasuna, Convergencia de Demócratas de Navarra, e Izquierda Unida, del Parlamento de Navarra (Mestre JF, 2002).

⁵⁷ Un análisis de éstas y de su grado de incorporación a la legislación navarra puede encontrarse en Mestre JF, 2002.

9.3. Otras reformas relevantes

9.3.1. Profesionales

9.3.1.1. Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias⁵⁸ constituye un hito de gran trascendencia para el Sistema Nacional de Salud, desde su configuración como tal en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, Ley que preveía, por un lado, la aprobación del Estatuto Marco del personal al servicio del sistema sanitario público y, por otro, se refería, en un título aparte, a las actividades sanitarias privadas.⁵⁹ Tal y como se indica en la exposición de motivos de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, este práctico vacío normativo, junto con la estrecha conexión que el ejercicio de las profesiones sanitarias tiene con el derecho a la protección a la salud (en sentido pleno) conduce a su tratamiento específico y diferenciado. En coherencia con este enfoque, un rasgo destacable del conjunto de disposiciones recogidas en la Ley consiste en su aplicación al ejercicio profesional tanto en el ámbito de la sanidad pública como de la privada.

A continuación se sintetizan las grandes líneas maestras de la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias, referidas a algunos aspectos generales del ejercicio de las profesiones sanitarias: el diseño del sistema de formación; las normas generales del sistema de reconocimiento del mérito individual (entendido en sentido amplio) o desarrollo profesional; el ejercicio privado; y la participación de los profesionales.

El Título I de la Ley se refiere al ejercicio de las profesiones sanitarias, en cuyo ámbito se perfilan (y se regulan más adelante) la formación continuada (como derecho y como deber) y la acreditación regular de las competencias profesionales. En este sentido, los centros sanitarios deberán revisar, como mínimo cada tres años, el cumplimiento, por parte de los profesionales en su plantilla, de los requisitos necesarios para ejercer la profesión. Se reconoce la autonomía técnica y científica, de acuerdo con la formalización de una historia clínica única (que tenderá a apoyarse en soporte electrónico) y con la unificación de criterios apoyada en guías y protocolos de práctica clínica y asistencial. Se establece el deber de hacer un uso racional de los recursos y el acceso a las funciones de la gestión clínica, junto a su reconocimiento y evaluación. Se perfila el *modus operandi* de la cooperación multidisciplinar y de la continuidad asistencial. El derecho de los pacientes a la información y a la libre elección de médico, que también contempla el Título I de la Ley, será objeto de análisis en la sección de derechos del paciente.

En el Título II se regulan las normas generales de la formación, en sus vertientes de formación pregraduada, especializada y continuada, ésta última incluida por primera de vez de forma explícita en la normativa referida a las profesiones sanitarias. En la segunda esfera se regulan minuciosamente aspectos tales como: Titulación de Especialistas en Ciencias de la Salud; sistema de formación de especialistas (que implicará formación teórica y práctica, así como una participación personal y progresiva del residente⁶⁰ en la actividad y responsabilidades de la especialidad correspondiente); programación; acceso a la formación [en cuya convocatoria anual se evaluarán conocimientos teóricos y prácticos, habilidades clínicas y comunicativas (actitudes, y no sólo aptitudes), méritos académicos y, en su caso, profesionales]; promoción (acceso a una segunda especialización a través de la troncalidad, partiendo de un mínimo de cinco años de ejercicio profesional y acceso a sucesivos títulos una vez transcurridos ocho años desde la obtención del anterior); acreditación de centros; y, por último, funcionamiento de futuras comisiones y comités, incluido el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, para las que se crea un Registro Nacional de Especialistas en Formación, de carácter público. Todo lo indicado previamente se articula a través de la cooperación de los Ministerios

⁵⁸ BOE nº 280, de 22 de noviembre de 2003.

⁵⁹ *Básicamente en términos del reconocimiento del derecho al ejercicio libre de las profesiones sanitarias, el establecimiento de concertos, la percepción de subvenciones económicas y otras ayudas, y la posible existencia de incompatibilidades.*

⁶⁰ *Se establecerá una relación laboral especial entre el servicio o centro de salud y el residente en formación [artículo 20.3 f)]. Sobre excepciones al sistema de residencia, véanse las disposiciones adicional tercera y transitoria cuarta de la Ley.*

de Sanidad y Consumo y de Educación, Cultura y Deporte y de la participación, entre otros, de diversos órganos creados por la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (como la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, la Comisión de Recursos Humanos y el Foro Profesional), quedando de este modo diseñadas las trayectorias profesionales de un modo flexible y comprehensivo, con vistas a la valoración en la formación (y en el futuro ejercicio profesional) de dimensiones reconocidas por primera vez de modo explícito. Respecto a la formación continuada, se constituye la Comisión de Formación Continuada (con funciones generales de armonización y coordinación, y funciones específicas como la detección de necesidades de los profesionales y la propuesta de actuaciones prioritarias) y se prevén la acreditación de centros, actividades y profesionales (que será condición necesaria para la percepción de subvenciones públicas) y la expedición de Diplomas de Acreditación y de Acreditación Avanzada, como medio de reconocimiento del esfuerzo desarrollado por los profesionales, que podrán ser valorados como mérito en la provisión de plazas.

El desarrollo profesional, entendido como el sistema de reconocimiento público, expreso y de forma individualizada, de los conocimientos, experiencia (en tareas asistenciales, docentes e investigadoras) y cumplimiento de los objetivos asistenciales e investigadores, es regulado en el Título III, donde quedan establecidos varios principios generales, destacando su articulación en cuatro grados.⁶¹ Para optar al primer grado se deberán acreditar cinco años de ejercicio profesional, y otros cinco años, para cada grado subsiguiente. Se evaluarán los méritos del candidato en sentido amplio: conocimientos, competencias, actividad docente e investigadora, incluyendo la formación continuada acreditada y los resultados (y calidad) de la actividad asistencial, entre otros. Se prevé la adaptación a estos procedimientos de reconocimiento de los centros privados con profesionales contratados por cuenta ajena (bajo la supervisión de la Administración sanitaria correspondiente) y la opción de los profesionales que ejerzan por cuenta propia de acceder voluntariamente a los mismos. El CISNS fijará los principios generales para la homologación del reconocimiento del desarrollo profesional en todo el SNS, en particular en lo que a denominaciones de grados, sistemas de valoración de méritos y composición de los comités de evaluación se refiere (artículo 39). Por último, según la disposición adicional segunda de la Ley, las Administraciones sanitarias deberán haber iniciado los procedimientos para la implantación del sistema de desarrollo profesional antes del 23 de noviembre de 2007.

El Título IV de la Ley se dedica exclusivamente a la regulación del ejercicio privado de las profesiones sanitarias, estableciendo los principios por los que los servicios sanitarios de titularidad privada habrán de garantizar los niveles de calidad profesional y de evaluación regular de competencias establecidos por la Ley (artículo 40.3). Asimismo, se establecen los derechos y obligaciones de los profesionales que presten sus servicios en centros sanitarios privados por cuenta ajena.⁶² Por último, se regulan el Registro de Profesionales y la publicidad del ejercicio profesional privado.

La participación de los profesionales (de la que se ocupa el Título V de la Ley) en el sistema sanitario y en el desarrollo profesional (formación, reconocimiento y evaluación), planificación y ordenación de las profesiones sanitarias, será ejercida a través de la Comisión Consultiva Profesional (creada por la Ley 16/2003, de 28 de mayo). Ejercerá funciones de asesoramiento, y en particular, de apoyo a la Comisión de Recursos Humanos (de la que depende), elaborará un informe anual sobre el estado de las profesiones y actuará como órgano de mediación en posibles conflictos de competencias entre profesiones sanitarias. Finalmente, el Pleno de la Comisión se reunirá, como mínimo, dos veces al año.

⁶¹ Con la posibilidad de que las Administraciones sanitarias añadan otro inicial.

⁶² Por ejemplo, tienen derecho a ser informados de sus funciones, tareas y cometidos, de los objetivos asignados a su centro de trabajo, así como de los sistemas establecidos para la evaluación de su cumplimiento (artículo 41.1). Este mandato tiene su reflejo en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud [artículo 17.1 j)].

9.3.1.2. Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud

El personal estatutario toma su nombre de tres Estatutos preconstitucionales: el Estatuto Jurídico del Personal Médico (aprobado por Decreto de 1966); el Estatuto del Personal Sanitario no Facultativo (aprobado por Orden de 1973); y el Estatuto de Personal no Sanitario (aprobado por Orden de 1971). La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad prevé la regulación básica del régimen estatutario de estos funcionarios a través del Estatuto Marco, estableciendo que “Las normas de las Comunidades Autónomas en materia de personal se ajustarán a lo previsto en dicho Estatuto-Marco”, si bien “... en el ejercicio de sus competencias, podrán dictar normas de desarrollo de la legislación básica” (artículos 84.1, 84.3 y 85.2, respectivamente). Casi dieciocho años han pasado desde que fue formulado este mandato hasta que fue aprobada la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud.⁶³ Los contenidos previstos en la Ley General de Sanidad de 1986 son tratados, e incluso ampliados, en la Ley del Estatuto Marco y se estructuran en catorce capítulos que tratan las siguientes materias: normas generales; clasificación del personal; planificación y ordenación del personal; derechos y deberes; adquisición y pérdida de la condición de personal estatuario fijo; selección, provisión de plazas y promoción interna; movilidad; carrera profesional; retribuciones; jornada de trabajo y permisos; situaciones del personal estatuario; régimen disciplinario; incompatibilidades; y, por último, representación, participación y negociación colectiva.

En el Cuadro 8 se presentan los aspectos más innovadores que incorpora el Estatuto Marco a la regulación del régimen estatutario. En estrecha relación con el ámbito de aplicación, es preciso decir que el artículo 65 prevé el posible paso a la situación de servicios bajo otro régimen jurídico del personal estatuario fijo que acepte la oferta por parte del Servicio de Salud de cambio de su relación de empleo para prestar servicios en un centro gestionado, bien por una entidad creada o participada (en la mitad de su capital como mínimo) por el Servicio de Salud o Comunidad Autónoma, bien por una entidad creada al amparo de la normativa que regula las nuevas fórmulas de gestión. El tratamiento dado al personal en estos casos, en términos de la opción a su reincorporación a la situación jurídica de partida durante los tres primeros años, es similar al dado en su día a los profesionales que, en Cataluña, optaron por formar entidades de base asociativa (EBA).⁶⁴

CUADRO 8

Aspectos más innovadores del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud

Ámbito de aplicación	<ul style="list-style-type: none">• Personal estatutario de los Servicios de Salud o de los centros y servicios sanitarios de la Administración General del Estado (artículo 2.1).• Personal sanitario funcionario y laboral del SNS, en todo lo que no se oponga a la normativa específica aplicable (artículo 2.3).• El personal integrado en la Red Sanitaria Militar se regirá por su normativa específica (disposición adicional decimotercera).• El personal estatuario fijo que acepte la oferta de cambio de su relación de empleo por parte del Servicio de Salud para prestar servicios en un centro gestionado, bien por una entidad creada o participada (en la mitad de su capital como mínimo) por el Servicio de Salud o Comunidad Autónoma,
----------------------	--

⁶³ BOE n° 301, de 17 de diciembre de 2003.

⁶⁴ Artículo 7 de la Ley 11/1995, de 29 de septiembre, que modifica la Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria, DOGC n° 2116, de 18 de octubre de 1995.

	<p>bien por una entidad creada al amparo de la normativa que regula las nuevas fórmulas de gestión, pasará a la situación de servicios bajo otro régimen jurídico, con derecho durante los tres primeros años a la reincorporación (artículo 65).</p>
Planes de Ordenación de Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> • Son el instrumento básico de planificación (en el ámbito autonómico), objeto de negociación en las Mesas Sectoriales correspondientes (artículo 13). Las categorías profesionales serán establecidas por los Servicios de Salud (artículo 14).
Registros de Personal	<ul style="list-style-type: none"> • Los Servicios de Salud crearán Registros de Personal, que se integrarán en el Sistema de Información Sanitaria del SNS (artículo 16).
Movilidad voluntaria	<ul style="list-style-type: none"> • Homologación de las distintas categorías funcionales, por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo (previo informe de la Comisión de Recursos Humanos; CRH), para articular la movilidad entre los distintos Servicios de Salud, en términos de igualdad efectiva en el conjunto del SNS (artículo 37.1). • Articulación a través del procedimiento del concurso, abierto al personal del resto de Servicios de Salud (artículo 37.2).
Coordinación de convocatorias de provisión, selección y movilidad que afecten a más de un Servicio de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • La CRH fijará criterios de coordinación (artículo 38).
Carrera profesional	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de criterios generales de homologación de los sistemas de los distintos Servicios de Salud, por la CRH, con el objetivo de garantizar el reconocimiento mutuo de los grados de la carrera y la libre circulación en el conjunto del SNS (artículo 40.3). En vigor, en función de su ritmo de implantación. En este sentido, la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, en su disposición adicional segunda, únicamente impone al ritmo de implantación del sistema de desarrollo profesional la condición de que las Administraciones sanitarias hayan iniciado los procedimientos para su implantación antes del 23 de noviembre de 2007.
Retribuciones	<ul style="list-style-type: none"> • Las retribuciones básicas se regirán por un modelo común (artículo 41.1) y las retribuciones complementarias se establecerán en el ámbito de cada Servicio de Salud (artículo 43.1). • Se crea el complemento de carrera, con el fin de retribuir el grado alcanzado en la carrera profesional, cuando el sistema de desarrollo profesional se haya implantado en la categoría correspondiente [artículo 43.2 e)].
Jornada y descansos	<ul style="list-style-type: none"> • Duración máxima conjunta de la jornada ordinaria y la jornada complementaria: 48 horas semanales de promedio, en cómputo semestral (artículo 48.2). Cabe la posibilidad de que el personal acepte expresamente la oferta de superar este límite (justificada en razones organizativas o asistenciales), en cuyo caso el exceso no podrá superar las 150 horas al año (artículo 49.1), si bien este límite se irá aplicando progresivamente, durante un período de 10 años a partir del 18 de diciembre de 2003 (disposición transitoria sexta.2). Por su parte, a los residentes en formación se les irá aplicando el citado límite de 48 horas gradualmente, previéndose su plena aplicación a partir del 1 de agosto de 2008 (disposición transitoria primera).

	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo máximo de trabajo correspondiente a la jornada ordinaria: 12 horas ininterrumpidas y, con carácter excepcional, hasta 24 horas (con implicaciones, objeto de negociación sindical, en los períodos de descanso ininterrumpido) (artículo 51.1). • Tiempo mínimo de descanso entre jornadas: 12 horas ininterrumpidas, con excepciones (como en el caso de trabajo a turnos) (artículos 51.2 y 51.3). • Tiempo de descanso semanal ininterrumpido: 24 horas semanales, que se incrementará con el tiempo mínimo de descanso entre jornadas (en cómputo bimestral) (artículo 52). • Todo lo indicado en los cuatro puntos anteriores será de aplicación al personal sanitario de los centros y servicios gestionados directamente por los Servicios de Salud, independientemente del vínculo jurídico de su relación de empleo, así como al personal de los centros concertados con el SNS que estén incorporados a una Red Sanitaria de Utilización Pública, con carácter supletorio o cuando las mencionadas medidas resulten más ventajosas que las previstas en sus Convenios Colectivos (disposición adicional segunda).
Incompatibilidades	<ul style="list-style-type: none"> • “En el ámbito de cada servicio de salud se establecerán las disposiciones oportunas para posibilitar la renuncia al complemento específico por parte del personal licenciado sanitario. A estos efectos, los servicios de salud regularán los supuestos, requisitos, efectos y procedimientos para dicha solicitud” (artículo 77.2).
Negociación colectiva	<ul style="list-style-type: none"> • En el ámbito de cada Servicio de Salud se constituirá una Mesa Sectorial de Negociación (artículo 79.2), en cuyo seno se podrán concertar Pactos y Acuerdos. Los primeros serán de aplicación directa, mientras que los Acuerdos precisarán la aprobación del órgano de gobierno de la correspondiente Administración Pública al que corresponda la competencia de la materia tratada (artículo 80.1).
Homogeneización de las relaciones de empleo	<ul style="list-style-type: none"> • Se prevé que las Administraciones sanitarias fijen procedimientos para la integración directa en la condición de personal estatutario (con carácter voluntario) de funcionarios de carrera, contratados laborales fijos, personal laboral temporal y funcionarios interinos (en estos dos últimos casos, en la condición de personal estatutario temporal) (disposición adicional quinta).

Fuentes: Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud, BOE nº 301, de 17 de diciembre de 2003 y Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, BOE nº 280, de 22 de noviembre de 2003.

En materia de retribuciones del personal estatutario, se delimitan nítidamente las competencias correspondientes a sus dos componentes: las retribuciones básicas (sueldo, trienios y pagas extraordinarias) se regirán por un modelo común y las cuantías del sueldo y de los trienios serán las mismas en todos los Servicios de Salud, quedando fijadas en las Leyes de Presupuestos (artículos 41.1 y 42.2). Los conceptos, cuantías y criterios relativos a las retribuciones complementarias se determinarán en el ámbito de cada Servicio de Salud (artículo 43.1). Este tipo de retribuciones, que a su vez pueden ser fijas o variables, “... se orientan prioritariamente a la motivación del personal, a la incentivación de la actividad y la calidad del servicio, a la dedicación y a la consecución de los objetivos planificados” (artículo 41.2) y será objeto de desarrollo en cada Servicio de Salud. No obstante, con carácter previo a la aprobación del Estatuto Marco, las CC.AA. podían diseñar sus propios esquemas retributivos

(y, de hecho, así lo venían haciendo), siempre que se ajustasen a la normativa básica; aparte de la Ley General de Sanidad de 1986, antes del 18 de diciembre de 2003, el Real Decreto Ley 3/1987, de 11 de septiembre, sobre retribuciones del personal estatutario del Instituto Nacional de la Salud, actualmente derogado, reproducía la estructura retributiva del resto del funcionariado público, con alguna salvedad, en lo que a retribuciones complementarias se refiere. En el ámbito del personal estatutario éstas son actualmente de cinco tipos: complemento específico, de destino, de productividad, de atención continuada y de carrera. El complemento específico⁶⁵ se diferencia del homónimo correspondiente al resto de funcionarios públicos, para quienes está vinculado a la dedicación exclusiva a la actividad pública. En cambio, en el ámbito sanitario se fragmentó en dos conceptos: uno retribuye la dedicación exclusiva y otro el grado de dificultad del puesto de trabajo, de modo que, a diferencia del resto de funcionarios, el personal estatutario puede elegir el grado de dedicación a la actividad pública, compatibilizándola con la privada, en la medida en la que renuncie al primer concepto.⁶⁶

Como señala Martín, en la práctica habitual, los Servicios de Salud no sólo consagraron la compatibilidad de la actividad pública y privada de los médicos, sino que en algunas CC.AA. se rediseñó el modelo, favoreciendo aún más dicha compatibilidad. Este es el caso de Cataluña (donde la dedicación exclusiva de los facultativos de los hospitales públicos se ha sustituido por una mayor dedicación) y de la Comunidad Valenciana. En Andalucía, en cambio, existe una propuesta del signo contrario (Martín JJ, 2003a). La única Comunidad Autónoma que ha optado, en la práctica, por la exigencia de la dedicación en exclusiva a la actividad pública es el Principado de Asturias, donde, desde el 1 de enero de 2003, se establece que el complemento específico correspondiente al personal facultativo que se incorpore en las instituciones del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) será inherente al puesto de trabajo, de asignación obligatoria y de carácter irrenunciable. Es decir, los facultativos de nueva incorporación no podrán compatibilizar la actividad pública con la privada. A los facultativos que venían prestando sus servicios con anterioridad, y que no habían renunciado al complemento específico, se les otorga un plazo de dos meses para ejercer el derecho de optar a compatibilizar ambos tipos de actividad y, en caso de no ejercerlo, el complemento devendrá obligatorio e irrenunciable.⁶⁷

En materia de retribuciones complementarias, cabe añadir que la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, crea el complemento de carrera, "... destinado a retribuir el grado alcanzado en la carrera profesional cuando tal sistema de desarrollo profesional se haya implantado en la correspondiente categoría [artículo 43.2 e)]. En este sentido hay que recordar que la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, únicamente impone al ritmo de implantación del sistema de desarrollo profesional la condición de que las Administraciones sanitarias hayan iniciado los procedimientos para su implantación antes del 23 de noviembre de 2007.

Por último, todas las medidas recogidas en el Cuadro 8 referidas a la regulación de la duración de la jornada de trabajo y de los descansos responden, aparte de a la deseable mejora de las condiciones laborales, a la obligada trasposición de dos directivas comunitarias en materia de protección de la seguridad y salud de los trabajadores.

⁶⁵ *Complemento que se concede con el fin de retribuir las condiciones especiales de algunos puestos de trabajo, por su particular dificultad técnica, dedicación, responsabilidad, incompatibilidad, peligrosidad o penosidad.*

⁶⁶ *Véase Martín JJ, 2003a, donde se describe el proceso, de facto y de jure, por el que se configuró de este modo el complemento específico en el sector sanitario.*

⁶⁷ *Disposición adicional primera de la Ley del Principado de Asturias 15/2002, de 27 de diciembre, de Medidas Presupuestarias, Administrativas y Fiscales, BOPA n° 301, de 31 de diciembre de 2002. Esta medida está actualmente recurrida ante el Tribunal Constitucional.*

9.3.2. Derechos del paciente

9.3.2.1. Garantía de tiempos máximos de espera

Según los sucesivos Barómetros Sanitarios del CIS, el área considerada por los encuestados de mayor interés para los ciudadanos es la sanidad,⁶⁸ siendo el tiempo de demora para ingresos no urgentes el aspecto peor valorado de la asistencia prestada en los hospitales públicos.⁶⁹ La gravedad del problema de las listas de espera en el SNS, manifestado a su vez a través de las numerosas quejas al respecto formuladas ante el Defensor del Pueblo, condujo a que esta Institución fuese dejando constancia del mismo en sus informes a las Cortes Generales desde 1990, y a la elaboración de un estudio monográfico sobre las listas de espera relacionadas con intervenciones quirúrgicas, primeras consultas externas y pruebas diagnósticas más frecuentes. El Defensor del Pueblo solicitó, a principios de enero de 2002, a los titulares de las Consejerías competentes en la materia y al INSALUD, datos sobre el número de pacientes en lista de espera y tiempos de demora referidos a pacientes en espera estructural (situación a 31 de diciembre de 2001), apoyándose en los criterios e indicadores elaborados por el equipo de expertos sobre listas de espera del CISNS.⁷⁰

Del informe del Defensor del Pueblo se desprende la existencia de notables limitaciones en tecnologías de la información. Así, "... un representativo número de Servicios de Salud manifiestan que los sistemas de información no permiten conocer con exactitud el alcance y extensión de sus respectivas listas de espera y... centros hospitalarios con presupuestos que superan los 270 millones de euros... y con varios miles de trabajadores no están informatizados integralmente, lo que imposibilita una información suficiente, actualizada y veraz." (Defensor del Pueblo, 2003). La información remitida por las Administraciones sanitarias se caracterizó por "... la variabilidad en cuanto a su correspondencia con los indicadores que se solicitaron y por la tardanza en su emisión, en algunos casos. Las Comunidades Autónomas de Andalucía y Cataluña únicamente han informado sobre listas de espera quirúrgica y tiempos de espera y la de Castilla-La Mancha, exclusivamente sobre número de pacientes en los correspondientes registros, sin efectuar mención alguna a tiempos de demora. Por su parte, la Comunidad Valenciana no ha facilitado ninguno de los indicadores que se pidieron...", situación que condujo a la realización de visitas a 29 centros hospitalarios para completar y mejorar la información (Defensor del Pueblo, 2003). Un elevado número de los Servicios de Salud manifestaron las limitaciones de información acerca de las listas de espera en consultas y en pruebas diagnósticas y, además, se puso de manifiesto la inexistencia de un sistema homogéneo de información en el SNS, con diferentes criterios de cómputo y medida, incluso entre hospitales de la misma Comunidad Autónoma. El informe concluye que, del análisis de la información recabada, se desprende "... la existencia, en términos generales, de demoras clínica y socialmente inaceptables", destacando entre las Comunidades con mayor demora quirúrgica (superior a dos años en algunos casos), Canarias, Cataluña y la Comunidad Valenciana (Defensor del Pueblo, 2003).

El informe del Defensor del Pueblo finaliza haciendo una serie de recomendaciones; entre otras, la canalización de información adecuada y transparente hacia la población; el establecimiento de garantías de tiempos máximos de espera en consultas externas, pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas; y la adopción, por los Servicios de Salud, de los criterios establecidos por el grupo de expertos del CISNS referidos a registros de pacientes y al cómputo, clasificación, medida de la espera y datos e indicadores básicos (Defensor del Pueblo, 2003).

⁶⁸ En concreto, según el Barómetro Sanitario de 2003, opina así el 30 % de los encuestados, seguido de un 20 % que, considerando la educación el área de mayor interés, la sitúa en segundo lugar.

⁶⁹ Según el Barómetro Sanitario para el año 2002, la valoración (con una desviación típica de 2,40) es de un 4,11 en una escala de 1 a 10. A su vez, ante la pregunta dirigida a los encuestados acerca de si creen que existen listas de espera, contesta en sentido afirmativo, un 89,3 % en relación con las intervenciones quirúrgicas, un 89 % respecto a las consultas externas y un 76,6 % respecto a la realización de pruebas diagnósticas.

⁷⁰ Constituido a raíz de una Acuerdo del CISNS, en sesión de 6 de junio de 2000, que dio lugar al informe técnico sobre listas de espera de 12 septiembre de 2001.

Queda patente, con todo lo dicho previamente, la gravedad del problema de las listas de espera y, en particular, de la ausencia de un sistema homogéneo de información, situación que contribuye a agravarlo porque impide conocer su verdadero alcance, evaluar las reformas adoptadas para abordarlo y, en definitiva, impide a los ciudadanos ejercer el derecho a la protección de la salud. En este contexto, el 23 de mayo de 2003 se aprueba el Real Decreto 605/2003, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el SNS,⁷¹ consistentes fundamentalmente en el establecimiento de criterios, indicadores y requisitos mínimos, básicos y comunes en materia de información sobre las listas de espera de intervenciones quirúrgicas, consultas externas y pruebas diagnósticas (artículo 1).⁷² El Real Decreto prevé que el CISNS elabore la lista de procesos, especialidades y pruebas diagnósticas incluidos en el sistema de información, así como los criterios de priorización de pacientes en lista de espera, recogiendo transitoriamente, y a modo de referencia, una relación acompañada de los criterios correspondientes en sendos anexos (artículos 2.2. y 3.1, respectivamente). Del mismo modo que las CC.AA. deberán facilitar información semestral al Ministerio de Sanidad y Consumo, éste mantendrá informados a los ciudadanos con periodicidad semestral (artículos 2.5 y 4.1, respectivamente). Por último, las CC.AA. y el INGESA deberán informar sobre las garantías de tiempos máximos de espera (artículo 5), a partir del tratamiento homogéneo de la información.

En el Cuadro 9 se recoge la regulación autonómica de la garantía de tiempos máximos de espera. Siete CC.AA. han regulado hasta el momento sobre la materia: Andalucía, Aragón, Canarias, Castilla-La Mancha, Cataluña, Navarra y la Comunidad Valenciana. Esta última no se incluye en el citado cuadro porque, aunque un Decreto de mediados de los años noventa establecía un plazo máximo de 90 días de espera quirúrgica, no fue posteriormente desarrollado, de modo que no se han establecido garantías efectivas para su cumplimiento. Del mismo modo, la Ley 3/2003, de 6 de febrero, de Ordenación Sanitaria de esta Comunidad Autónoma prevé la garantía de no demora, pero sin determinar plazos máximos.⁷³ Cabe resaltar que solamente en Castilla-La Mancha se garantizan tiempos máximos de espera referidos, además de a intervenciones quirúrgicas, a consultas externas y pruebas diagnósticas.⁷⁴ Éste no es un tema baladí, ya que la incidencia exclusiva en las intervenciones quirúrgicas puede tener un efecto perverso en términos de aumentos de los tiempos de espera para consultas externas y realización de pruebas diagnósticas. Además, la Ley 24/2002, de 5 de diciembre, de Garantías en la Atención Sanitaria Especializada en Castilla-La Mancha establece la obligación de facilitar información mensual sobre el número de pacientes que figuran en las listas de espera y la reglamentación anual del marco normativo, lo que permitirá, entre otros aspectos, la adecuación de los tiempos máximos garantizados a las previsiones del Plan de Salud de Castilla-La Mancha.

⁷¹ BOE n° 134, de 5 de junio de 2003.

⁷² Ya a finales de los años noventa, las diez CC.AA. del entonces territorio INSALUD y alguna más, habían iniciado un proceso de homogeneización de los sistemas de información de listas de espera (Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, 2003).

⁷³ DOGV n° 4440, de 14 de febrero de 2003.

⁷⁴ Según Santos Á, 2003, en Navarra se está elaborando un proyecto para establecer esperas máximas referidas también a consultas externas y pruebas diagnósticas.

CUADRO 9
Regulación autonómica de la garantía de tiempos máximos de espera

CC.AA.	Normativa	Cobertura	Tiempo/s máximo/s	Derechos, transcurrido el plazo máximo	Información disponible en internet ^a
Andalucía	Decreto 209/2001, de 18 de sept. y dos Órdenes de 25 de sept. de 2002 (en vigor desde el 2 de octubre de 2002).	Procedimientos quirúrgicos (recogidos en el anexo 1 del Decreto 209/2001).	180 días (con la posibilidad de que se aprueben plazos inferiores para determinadas intervenciones).	Elegir un centro privado y pago, por parte de la Administración, de los gastos derivados, según las tarifas establecidas. Se contemplan gastos de desplazamiento y dietas.	http://www.juntadeandalucia.es/
Aragón	Decreto 83/2003, de 29 de abril (en vigor desde el 8 de junio de 2003).	Procedimientos quirúrgicos (recogidos en el anexo 1).	Entre 30 y 180 días, según el procedimiento y el código de prioridad marcado por el facultativo (en algunos procedimientos).	Elegir centro en cualquier lugar del territorio del Estado y pago, por parte de la Administración, de los gastos derivados, según las tarifas establecidas. Se contemplan gastos de desplazamiento y dietas.	
Canarias	Orden de 15 de mayo de 2003 (en vigor desde el 22 de mayo de 2003).	Procedimientos quirúrgicos (recogidos en el anexo 1).	150 días	Comunicar, en su caso, su decisión de ser intervenido en un centro alternativo. Si tras un mes no existe notificación o autorización al respecto, el paciente puede reclamar la asistencia en el centro privado de su elección, con los gastos correspondientes a cargo de la Administración. Se contemplan gastos de desplazamiento y dietas.	
Castilla-La Mancha	Decreto 9/2003, de 28 de enero (en vigor desde el 1 de febrero de 2003).	Intervenciones quirúrgicas (13 especialidades) Consultas externas (23 especialidades) Pruebas de diagnóstico (13 técnicas)	180 días 60 días 30 días	Elegir un centro alternativo y pago, por parte de la Adm, de los gastos derivados. Si se trata de un centro no vinculado mediante acuerdo al Sescam: según las condiciones establecidas. Se contemplan gastos de desplazamiento y dietas. Se establece un plazo máximo de 1 año para ejercer el derecho.	http://www.jccm.es/ (actualización mensual).

Cataluña	Decreto 354/2002, de 24 de diciembre [en vigor desde el 1 de diciembre de 2002 (sic?) para algunos procedimientos y desde el 1 de diciembre de 2003 para el resto].	14 procedimientos (recogidos en el anexo 1)	180 días (se contempla la posibilidad de que el titular del Departamento de Sanidad y Seguridad Social modifique el plazo máximo de acceso a determinadas intervenciones).	Elegir cualquiera de los centros no incluidos en la Red Hospitalaria de Utilización Pública con los cuales el SCS haya establecido contratos. En el plazo de 30 días, el SCS puede derivar al paciente a un centro de la Red con un plazo de espera igual o inferior al del centro elegido o autorizar la intervención en éste. Si transcurridos 30 días no existe respuesta por parte del SCS: acceso, a su cargo, al centro elegido. No se hace mención a gastos de desplazamiento y dietas.	http://www.gencat.es .
Navarra	Ley Foral 12/1999, de 6 de abril.	Procedimientos quirúrgicos.	180 días	Elegir un centro alternativo en Navarra y Comunidades limítrofes y gastos con cargo al centro hospitalario que generó la demora.	

^a También Galicia facilita información sobre listas de espera a través de internet, disponible en <http://www.sergas.es/>

Fuentes:

- Decreto 209/2001, de 18 de septiembre, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, BOJA nº 114, de 2 de octubre de 2001.
- Decreto 354/2002, de 24 de diciembre, que establece los plazos máximos de acceso a determinados procedimientos quirúrgicos a cargo del Servicio Catalán de la Salud, DOGC nº 3795, de 8 de enero de 2003.
- Decreto 83/2003, de 29 de abril, que establece la garantía de plazo en la atención quirúrgica en el Sistema de Salud de Aragón, BOA, nº 60, de 19 de mayo de 2003.
- Decreto 9/2003, de 28 de enero, por el que se fijan tiempos máximos de respuesta, prestaciones garantizadas, tarifas y abono por gastos de desplazamiento en atención sanitaria especializada en Castilla-La Mancha, DOCLM nº 12, de 31 de enero de 2003.
- Navarra: la información correspondiente a esta Comunidad Autónoma se ha tomado de Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, 2003.
- Orden de 15 de mayo de 2003, que establece los plazos máximos de respuesta a determinados procedimientos quirúrgicos a cargo del Servicio Canario de la Salud, BOC nº 96, de 21 de mayo de 2003.
- Orden de 25 de septiembre de 2002, por la que se establecen normas para la aplicación de la garantía de plazo de respuesta quirúrgica y el funcionamiento del registro de demanda quirúrgica del Sistema Sanitario Público de Andalucía, BOJA, nº 115, de 1 de octubre de 2002.
- Orden de 25 de septiembre de 2002, sobre procedimiento de pago de los gastos derivados de intervenciones quirúrgicas en centros sanitarios privados por superación del plazo máximo de respuesta quirúrgica del Sistema Sanitario Público de Andalucía, BOJA, nº 115, de 1 de octubre de 2002.

En el Plan de Calidad Integral de los Servicios Sanitarios de la Comunidad de Madrid se regulan los tiempos máximos de espera para la atención especializada (Santos Á, 2003), siendo inminente su traducción normativa.⁷⁵ A su vez, en la Ley de Ordenación Sanitaria de Galicia, de 2003, se prevé la definición reglamentaria de plazos, estableciendo que, en todo caso, las intervenciones quirúrgicas deberán realizarse en un plazo máximo de 180 días.⁷⁶ Por último, está prevista la regulación de la garantía de tiempos máximos de espera en las Islas Baleares, la Comunidad Valenciana y la Región de Murcia (Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, 2003).

9.3.2.2. Derecho a la libre elección de médico

La Ley General de Sanidad de 1986 hace alusión al derecho a la libre elección de médico en su artículo 10.13, si bien ligado a las disposiciones que posteriormente la desarrollen. El desarrollo posterior fue muy desigual, tanto en contenidos como en los momentos del tiempo en que tuvo lugar, resaltando el antiguo territorio INSALUD que, entre principios y mediados de los años noventa, reguló la libre elección de médico en los servicios de atención primaria y en varias especialidades, respectivamente. En el resto de las CC.AA., cabría añadir el desarrollo específico y en ambas esferas, en las Comunidades de Andalucía, Navarra y País Vasco. Con todo, la situación actual del ejercicio de este derecho es objeto de numerosas críticas. Así, por ejemplo, aunque la libre elección de médico de familia está generalizada en el territorio español, en la práctica, está muy restringida: “Aunque no hay límites dentro de la zona básica, las trabas burocráticas, la vinculación de otros recursos sanitarios o la ausencia de incentivos reales para los médicos de ser elegidos, hace que su efecto práctico sea mínimo” (Minué S, Manuel E de y Salas O, 2002). A su vez, respecto a la libre elección de especialista, introducida en distintas partes del territorio (con posterioridad y generalmente con carácter minoritario), Ortún y Gervas consideran que “... la situación es absurda, por cuanto no se ha cambiado la forma de pago de los especialistas, que carecen de incentivos para ‘captar’ pacientes” (Ortún V y Gervas J, 2000).

La libre elección de médico se reconoce como un derecho efectivo en el artículo 13 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.⁷⁷ Por su parte, la Ley 16/2003,

⁷⁵ La previsión de plazos máximos referidos a las prestaciones sanitarias viene recogida en la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación, BOCM n° 306, de 26 de diciembre de 2001.

⁷⁶ Ley 7/2003, de 9 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Galicia, DOG n° 246, de 19 de diciembre de 2003.

⁷⁷ BOE n° 274, de 15 de noviembre de 2002. No se puede dejar de mencionar que esta Ley, aparte de completar las previsiones de la Ley General de Sanidad de 1986 al respecto (derogando incluso varios artículos) refuerza, con carácter de Ley básica, el derecho a la autonomía del paciente, apoyándose en el Convenio de Oviedo (suscrito en 1997 y en vigor desde el 1 de enero de 2000) que, a diferencia de otras declaraciones internacionales, tiene carácter vinculante para los Estados que lo ratificaron, como es el caso español. La regulación básica de las instrucciones previas, también conocidas como voluntades anticipadas, directrices previas o testamento vital, en el ámbito más amplio del consentimiento informado, recoge la posibilidad de que “... una persona mayor de edad, capaz y libre... [manifieste] anticipadamente su voluntad, con el objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarla personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo...” (artículo 11). Con esta posibilidad la Ley incorpora una innovación a la legislación sanitaria española, cuya efectividad deberá ser garantizada por la adopción de las medidas pertinentes en el ámbito autonómico. Cabe suponer que la complejidad que acarrea el cumplimiento de la Ley en todos las esferas que regula, incluidos los derechos y obligaciones del paciente en relación con la información clínica, explica su entrada en vigor a los seis meses a partir del día siguiente al de su publicación en el BOE. Las voluntades anticipadas están actualmente reguladas en la mayoría de las CC.AA., en algunos casos, incluso con carácter previo a la aprobación de la normativa básica. Éste es el caso de Cataluña (Ley 21/2000, de 29 de diciembre y Decreto 175/2002, de 25 de junio); Galicia (Ley 3/2001, de 28 de mayo); y Navarra que, habiéndose adelantado a la normativa básica, adecuó la Ley Foral 11/2002, de 6 de mayo, a la misma a través de la Ley 29/2003, de 4 de abril y el Decreto Foral 140/2003, de 16 de junio. Aparte de su mención en la mayoría de las Leyes autonómicas de Ordenación Sanitaria o de Salud más recientes, han regulado específicamente las voluntades anticipadas: la

de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, señala que "... las instituciones asistenciales velarán por la adecuación de su organización para facilitar la libre elección de facultativo... en los términos que reglamentariamente se establezcan" (artículo 28.1). Por último, la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, aparte de insistir en el derecho a la información (previendo para ello la creación de registros públicos de profesionales accesibles a la población), reconoce el derecho a la libre elección en los siguientes términos: "Los pacientes tienen derecho a la libre elección del médico que debe atenderles. Tanto si el ejercicio profesional se desarrolla en el sistema público como en el ámbito privado por cuenta ajena, este derecho se ejercitará de acuerdo con una normativa explícita que debe ser públicamente conocida y accesible...". Del mismo modo, ante la libre elección de médico por el paciente, aquél "... puede ejercer el derecho de renunciar a prestar atenciones sanitarias a dicha persona sólo si ello no conlleva desatención..." y del ejercicio de este derecho, sea en el ámbito público, sea en el privado, deberá quedar constancia formal.⁷⁸

La mayor capacidad de elección por parte del paciente es un rasgo que ha ido introduciéndose en los sistemas sanitarios públicos consolidados, a los que el sistema sanitario español se parece en muchos sentidos, en particular en su vocación universal. Este es el caso de los Sistemas Nacionales de Salud sueco y neozelandés,⁷⁹ en los que la articulación de la libre elección se apoya en un sistema de incentivos. Cabe preguntarse cómo se configurará éste en el caso español, a partir de la normativa descrita hoy vigente. En este sentido, la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud, establece un esquema retributivo tal que, mientras que las retribuciones básicas responden a un modelo común, las complementarias, es decir, aquellas orientadas, precisamente, a la motivación del personal, a la incentivación de la actividad y la calidad del servicio, a la dedicación y a la consecución de los objetivos planificados (artículo 41.2), se determinarán, en todos los sentidos (conceptos, cuantías y criterios), en el ámbito de cada Servicio de Salud (artículo 43.1). De este modo, el ejercicio efectivo de la libre elección de médico, dentro del territorio de que se trate, dependerá en gran medida de cada Servicio de Salud, en relación directa con el sistema de incentivos articulado a tal fin. No obstante, cabe añadir dos matices importantes al respecto: en primer lugar, la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, deja perfiladas las normas generales del desarrollo profesional, entre las que se incluyen, entre otros muchos aspectos, los objetivos asistenciales y la implicación en las tareas de gestión clínica,⁸⁰ incluida la ética asistencial y prevé que sus efectos sobre la estructura retributiva sean negociados con los sindicatos que corresponda. De algún modo, se pretende que se valoren no sólo aptitudes, sino también actitudes, aspecto clave en un sector como el sanitario, donde es preciso compensar la debilidad de los incentivos (Cabiedes L y Ortún V, 2002). En segundo lugar, cuanto más se difunda la información referida a la organización y a las prestaciones de servicios en las distintas CC.AA.,⁸¹ más opciones tendrán los ciudadanos de tener en cuenta la política sanitaria (incluidas la garantía de plazos máximos de espera y la efectividad del derecho a elegir médico), aplicada en su propia Comunidad Autónoma en comparación con las demás y, dado que se trata de la política pública que consideran más relevante, cabría esperar un "efecto dominó" de emulación de las mejoras conseguidas (y seguramente valoradas) en las demás CC.AA..

Comunidad Valenciana (Ley 1/2003, de 28 de enero); Castilla y León (Ley 8/2003, de 8 de abril); Aragón (Decreto 100/2003, de 6 de mayo); Andalucía (Ley 5/2003, de 9 de octubre); y País Vasco, Comunidad Autónoma pionera, en 1989, en la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios, que regula las voluntades anticipadas en el año 2002 (Ley 7/2002, de 12 de diciembre y Decreto 270/2003, de 4 de noviembre).

⁷⁸ Artículo 5.1 d) de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

⁷⁹ En el caso neozelandés, la posibilidad de elección se ejerce indirectamente, a través del cambio, en su caso, de PHO (Primary Health Organization), la forma de organización de los equipos de atención primaria en este país desde 2002.

⁸⁰ El desempeño de las funciones de gestión clínica será reconocido en la forma en la que cada Comunidad Autónoma determine (artículo 10.4).

⁸¹ Labor promovida de forma reiterada en la normativa aprobada recientemente y descrita en este capítulo, a desempeñar fundamental aunque no exclusivamente por el Instituto de Información Sanitaria y el Observatorio del Sistema Nacional de Salud.

9.3.3. Experiencias autonómicas pioneras en materia de organización, gestión y prestación de servicios (2001-2003)

Apenas se han producido reformas de fondo en este ámbito, aunque sí ha habido algunas experiencias puntuales que, más que medidas radicales, constituyen medidas incrementales de reforma, que dan continuidad a líneas iniciadas con carácter previo. Más concretamente, en las diez CC.AA. que desde 2002 gestionan la asistencia sanitaria no se tomaron muchas iniciativas en este sentido, situación estrechamente relacionada con el corto espacio de tiempo transcurrido desde entonces,⁸² de modo que, como cabía esperar, el período 2001-2003 estuvo muy condicionado por el proceso de traspaso de competencias. No obstante, la excepción se sitúa en las medidas de incrementos retributivos que se acordaron en la mayoría de ellas, tal y como quedó indicado en el primer apartado de este capítulo y tal y como era previsible que ocurriera. El rasgo preocupante se sitúa en que, tanto los aumentos retributivos como de plantilla, junto con la mejora de las condiciones laborales (por ejemplo, aplicación de la jornada semanal ordinaria de 35 horas) no han ido acompañados del rediseño del esquema retributivo del extinto INSALUD, sino que las mejoras retributivas, realizadas básicamente en los componentes fijos, abrieron aún más la brecha entre la remuneración obtenida por los profesionales y el esfuerzo en el desempeño en el puesto de trabajo (Martín JJ, 2003b). El “efecto emulación” comenzó a extenderse a otras CC.AA., como lo muestra el reciente acuerdo sobre homologación de retribuciones del SERGAS.⁸³ También existen indicios de un intento de incorporar el rendimiento y la calidad de la atención prestada al modelo retributivo. Así, en Andalucía, en el Acuerdo de la Mesa Sectorial de Negociación de Sanidad, sobre política de personal, para el período 2003 a 2005, el Servicio Andaluz de Salud ha diseñado e implantado un modelo retributivo que incluye un complemento de rendimiento profesional (para recompensar el rendimiento, la calidad y el cumplimiento de los objetivos pactados) y un modelo de desarrollo profesional, para recompensar el desempeño individual y las competencias profesionales acreditadas.⁸⁴

A pesar de no haberse producido reformas radicales en el período estudiado (o quizás por esta misma razón), en las CC.AA. que comenzaron a gestionar la asistencia sanitaria en 2002, la población opinaba (en todas salvo en una) que la sanidad pública había mejorado tras el proceso de transferencias, según el CIS (Lamata F, 2003). Dicho esto, y aunque los ciudadanos españoles valoran positivamente el sistema sanitario público y en particular la atención primaria,⁸⁵ es llamativo que, entre los retos pendientes, resalten la culminación de la reforma de esta última.⁸⁶ Efectivamente, tal y como lo perciben los ciudadanos, después de 20 años desde su inicio, la reforma de la atención primaria es una reforma inacabada. Las causas son varias; “... financiación irregular, implicación variable de los diferentes actores políticos, existencia de profesionales titulares del antiguo modelo poco inclinados a su integración en el modelo reformado⁸⁷...” entre otras (Minué S, Manuel E de y Solas O, 2002). Con la excepción de Cataluña y Andalucía^{87a}, “en el resto del país no se han creado formas jurídicas y organizativas de gestión diferentes, pese a existir alternativas al respecto (consorcios,

⁸² Incluso en nueve CC.AA. el INSALUD continuó realizando transitoriamente la gestión presupuestaria durante varios meses del año 2002 (Ministerio de Sanidad y Consumo 2003a), con vistas a facilitar la “toma del relevo”.

⁸³ Acuerdo sobre mejora retributiva e profesional, de 1 de octubre de 2003.

⁸⁴ Acuerdo de 11 de marzo de 2003, por el que se aprueba el citado Acuerdo, BOJA nº 50, de 14 de marzo de 2003.

⁸⁵ El 82,6 % afirma haber recibido una atención buena o muy buena, según el Barómetro Sanitario del CIS para 2003.

⁸⁶ Junto a la mejora de algunos aspectos de la atención especializada (como las listas de espera) y la continuidad de las medidas de contención del peso del gasto farmacéutico en los presupuestos sanitarios (CES, 2003).

⁸⁷ Con efectos en el atraso, dado el carácter voluntario planteado desde la Administración a los profesionales titulares.

^{87a} Empresas Públicas: de Emergencias Sanitarias, Hospital Costa del Sol de Marbella (Málaga), Hospital de Poniente de Almería, Hospital Alto Guadalquivir de Andújar (Jaén). Consorcio Sanitario Público entre el Servicio Andaluz de Salud y la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios de Aljarafe en Bormujos (Sevilla).

fundaciones, cooperativas de profesionales...). Aun así, han existido intentos meritorios de desarrollo de autogestión dentro del marco de la administración pública”, relacionados con el desarrollo de instrumentos para mejorar la gestión en las áreas o distritos y en los equipos, en las esferas de planificación, organización y control, destacando los contratos programa o de gestión (con el consiguiente apoyo en la contabilidad analítica), la implantación de la tarjeta sanitaria individual o la evaluación de la cartera de servicios (Minué S, Manuel E de y Solas O, 2002).

En resumen, se han perfilado dos líneas de reforma de la atención primaria diferenciadas. Una se apoya en la gestión pública directa de carácter administrativo que, sin acogerse a las nuevas fórmulas jurídicas de gestión, profundiza en la descentralización (y responsabilidad) de la gestión en los EAP y/o se orienta hacia un mayor grado de coordinación con la atención especializada, incluso con experiencias de gerencia única. La otra línea de reforma se acoge a nuevas fórmulas jurídicas de gestión, siendo Cataluña la Comunidad Autónoma pionera en su trazado, con un 22 % de los EAP gestionado por 37 entidades proveedoras de diversa índole, destacando las EBA (asociaciones de facultativos de atención primaria que se responsabilizan también de la adquisición de servicios especializados) y los consorcios (con una oferta integrada de servicios de atención primaria y de atención especializada, como los consorcios de Barcelona, La Selva, L'Eixample y Terrassa).

En la primera línea de reforma destaca el caso de la Comunidad Foral de Navarra que, con un 100 % de la población atendida por EAP, desde 1998 viene aplicando el Plan de Gestión Clínica de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud, apoyado en la descentralización de la gestión en los equipos de atención primaria, la articulación de incentivos en virtud de los resultados obtenidos y la evaluación anual, llevada a cabo por los directores de las Zonas Básicas de Salud y contrastada en otras instancias. Del análisis de la evolución de los resultados obtenidos con el Plan en el período 1998-2000, se desprende que se ha garantizado y mejorado la oferta de servicios y que la asignación de recursos entre las Zonas Básicas de Salud ha sido más equitativa, en la medida en la que se han introducido criterios que se desvían de los costes históricos. En el año 2000 el conjunto de las Zonas Básicas de Salud consiguió el cumplimiento presupuestario gracias al control del gasto farmacéutico (pieza clave para el cumplimiento del Plan), facilitado “... por las medidas de carácter general implantadas para todo el Sistema Nacional de Salud: precios de referencia, genéricos y reducción de precios de los medicamentos” (Carnicero J et al., 2002). La descentralización de la gestión se enfrentó a dos obstáculos: ni los directivos mostraron interés en incorporar nuevas responsabilidades ni las posibilidades legales de que esto fuese así fueron explotadas a través del desarrollo legislativo correspondiente. Por último, “como carencia importante del plan puede señalarse que no se ha podido integrar en el presupuesto el consumo de recursos de atención especializada por Zona Básica de Salud [pero] Esta cuestión se ha resuelto en 2001” (Carnicero J et al., 2002). Por su parte, en el País Vasco, un equipo externo ha llevado a cabo un estudio de evaluación de los resultados clínicos y económicos de un modelo que conjuga los objetivos del Plan de Salud con las condiciones contractuales recogidas en el Contrato-Programa y en los Contratos de Gestión Clínica (de actividad, calidad, resultados y precios), aplicado a los centros de atención primaria de la Comarca Sanitaria Araba (Álava) que disponen de contratos de gestión clínica, para los años 2000 y 2001. La principal conclusión obtenida en el estudio es que el fomento de la cultura de gestión clínica permite alcanzar mejores resultados clínicos y económicos (Elexpuru JL et al., 2002). Un caso de estrategia de gestión por procesos orientada a la continuidad de los cuidados lo constituye la experiencia andaluza de las Unidades Clínicas de Gestión, enmarcada en el Plan de Calidad que, por otra parte, responde a una estrategia global de procesos asistenciales integrados que afecta a la organización de la sanidad pública andaluza en su conjunto. En este contexto, la gestión de los recursos materiales corresponde a los distritos de atención primaria, de modo que, a partir de una asignación capítativa ponderada en función de la edad de los pacientes, los profesionales han de orientarse hacia el objetivo de prestar un mejor servicio a los ciudadanos (Gálvez M, 2002). Por último, la reciente experiencia piloto del Área de Salud de Puertollano, en la Comunidad de Castilla-La Mancha, constituye un ejemplo de gerencia única.

Respecto al caso catalán, como indican Fusté J et. al., 2003, “La reforma de la atención primaria de salud es, probablemente, la reforma de mayor envergadura efectuada en el sistema sanitario de Cataluña en los últimos años”. A pesar de que se preveía su culminación en 1996,

diversas dificultades y obstáculos impidieron que este objetivo fuese un hecho hasta el año 2003, entre los que destacan el incremento a corto plazo del gasto acarreado por la mayor dotación de recursos humanos, la construcción y equipamiento de nuevos centros, y el carácter voluntario de la incorporación al nuevo modelo del personal con plaza en propiedad (Ponsà JA et al., 2003a). Por último, en este contexto innovador y de reforma terminada (que no cerrada) de la atención primaria en Cataluña, destacan dos iniciativas. Por una parte, se llevó a cabo la evaluación de la reforma de la atención primaria y de la diversificación de la provisión de servicios, referida al año 2001. Este estudio, realizado por la Fundación Avedis Donabedian, y ya citado en capítulos previos de este texto, constituye la primera evaluación de estas características llevada a cabo en España. Incluye ocho tipos de indicadores, para los que, en su mayoría no se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de provisión incluidos en la muestra [34 EAP gestionados por el Instituto Catalán de la Salud (ICS), 5 por EBA y 11 por otras entidades proveedoras]. Sí se encontraron diferencias significativas en el ajuste en el presupuesto de farmacia, la accesibilidad horaria de los profesionales y la dotación de algunos equipamientos, como telefonía e informática, con mejores resultados en las EBA y en los EAP gestionados por otras entidades proveedoras. Se trata, en definitiva, de aspectos relacionados con la existencia de una verdadera relación contractual y con la disponibilidad de margen de maniobra en la gestión de los recursos económicos en general y de los humanos en particular (Ponsà JA et al., 2003b). Este estudio de evaluación inspiró en gran medida el Plan de mejora de la atención primaria de Cataluña.⁸⁸ Por otra parte, con carácter puntual, en 2002 dio comienzo un proyecto piloto innovador en el contexto español, consistente en la compra de servicios integrales de salud, de base poblacional, en cinco zonas con perfiles demográficos distintos, que agrupan numerosos municipios.⁸⁹ La duración del proyecto abarcó desde mayo de 2002 a diciembre de 2003. En este marco, las entidades proveedoras de servicios de atención primaria y hospitalaria suscribieron convenios de coordinación con el Servicio Catalán de la Salud, que no sustituyeron a los contratos vigentes, previéndose la regularización anual entre la contraprestación derivada del sistema actual de pago y la resultante del sistema de pago con base poblacional (gasto medio corriente por habitante ajustado con indicadores socioeconómicos, demográficos y de dispersión geográfica).⁹⁰ Con este enfoque de compra integral se pretende mejorar la eficiencia y la equidad a través de su gestión coordinada con apoyo en alianzas entre proveedores. Vargas I y Pané O, 2002, analizan este modelo desde la perspectiva de la consecución de objetivos, proponiendo la modificación de la fórmula de ajuste, a fin de que refleje adecuadamente las necesidades relativas de la población, y la aplicación de la capitación a territorios mayores (Regiones Sanitarias), "... como paso previo al pago per cápita de alianzas territoriales de proveedores".

En el nivel de atención especializada, aparte de la continuidad de las líneas de reforma iniciadas en los años ochenta y noventa, no se vislumbran reformas de gran calado en el corto plazo, ni la proliferación de las nuevas fórmulas jurídicas creadas. Según Ibern, "Las restricciones a la aplicación de nuevas medidas innovadoras en el campo de la gestión son ostensibles... especialmente en el ámbito de personal en los hospitales de propiedad pública" (Ibern P, 2002) y, por ejemplo, en el caso de las fundaciones en mano pública, se ha documentado cómo el entonces Ministerio de Economía y Hacienda fue imponiendo progresivamente controles presupuestarios y notables limitaciones a la autonomía de gestión (Martín JJ, López del Amo M del P y Pérez M del C, 2002).

La tónica dominante en atención especializada es, por una parte, la orientación (o profundización en su caso) hacia una mayor coordinación con la atención primaria (en diferentes grados), persiguiendo una mayor y mejor integración asistencial⁹¹ y, por otra, la

⁸⁸ Véase al respecto Fusté J et al., 2003.

⁸⁹ La prestación de un paquete integral de cuidados, con apoyo en un pago capitolativo ajustado, se asimila a la filosofía de las HMOs (Health Maintenance Organizations) estadounidenses, si bien éstas se desenvuelven en un entorno de competencia (en mayor o menor grado) para la captación de afiliados.

⁹⁰ Ordre SSS/172/2002, de 17 de maig, per la qual s'estableix una provat pilot per a la implantació d'un sistema de compra de serveis de base poblacional, DOGC n° 3645, de 29 de Mayo de 2002.

⁹¹ López i Casasnovas, 2003, expone cómo la racionalización del sistema sanitario público español, incluida la orientación de la actividad "por conseguir" (y no tanto por "ser" o "hacer"), pasa actualmente por la cooperación entre niveles y una mejor integración asistencial.

constitución de Áreas Clínicas o Institutos Clínicos (bajo sus diferentes denominaciones), dentro de la propia organización de los centros hospitalarios que, integrando varias unidades o servicios (de nuevo, es una cuestión de grado) y responsabilizándose de los objetivos sanitarios pactados, persiguen la prestación de un servicio integral.

La implantación de nuevas herramientas como los sistemas de gestión por procesos generalmente ha sido parcial, debido a la presencia de obstáculos que impidieron su implementación plena, pero no baldía. Así, en el País Vasco, donde se han comenzado a introducir cambios organizativos en este sentido en hospitales de pequeño y mediano tamaño, Olazarán M, Simón K y Lezamiz I, 2002, dan cuenta de cómo partiendo de una formulación radical se alcanzó una implementación tan sólo parcial de los sistemas de gestión por procesos en Osakidetza, si bien indicando que a pesar de la imposibilidad de efectuar cambios organizativos de mayor alcance, la experiencia no dejó de aportar mejoras, como la representada por la unificación de los laboratorios clínicos de San Sebastián. Un ejemplo reciente de coordinación entre niveles asistenciales lo constituye el caso de la Fundación Hospital de Alcorcón y los centros de atención primaria del Área 8 de Madrid, experiencia iniciada en 2001. Entre los resultados derivados de la misma resaltan la disminución de derivaciones al centro hospitalario y un uso más racional del medicamento, con apoyo en un formulario de área común. Otras experiencias se centran en parcelas específicas de actividad, como el programa de cirugía extrahospitalaria desarrollado por la Delegación Provincial de Salud de Córdoba que, apoyado en la coordinación entre niveles, ha permitido acercar la actividad quirúrgica a las zonas rurales, o la reorganización del circuito de pruebas de laboratorio en la Comunidad Valenciana, donde se ha llevado a cabo un proyecto piloto en 2001 consistente en modificar el circuito de laboratorio del Área 19 tras su informatización, que afectó a más de 149.000 pacientes. Se eliminó el límite diario, permitiendo la cita para la extracción al día siguiente en todos los centros de salud. Además, se facilitó el acceso al histórico de las analíticas solicitadas. Este modelo integrado de petición de analítica, aparte de mejorar la accesibilidad, permitió disminuir el tiempo de espera para la valoración de los resultados de siete a dos días (Pastor A y Schwarz H, 2003). Por último, no se puede dejar de señalar que, en la mayoría de las experiencias de coordinación entre niveles asistenciales, se ha puesto de manifiesto la ineludible necesidad de compatibilizar sus respectivas aplicaciones informáticas.

Otro tipo de experiencia relevante en el ámbito hospitalario, con vistas a la prestación de un servicio integral, es el que se relaciona con la constitución de Institutos Clínicos o Áreas Clínicas, en el sentido indicado más arriba y tal y como se ha mencionado ya en el capítulo 5. Los antecedentes inmediatos se sitúan a mediados y finales de los años noventa en el entonces territorio INSALUD, en Galicia, concretamente en el Hospital Juan Canalejo de La Coruña (en el área del corazón), y en Cataluña, donde el Hospital Clínico y Provincial de Barcelona llevó a cabo toda una reorganización de servicios, con el fin de configurarlos como Áreas o Institutos Clínicos. En el período aquí estudiado destaca la creación del Área Clínica Navarra del Corazón integrada en el Hospital de Navarra que, carente de personalidad jurídica propia, está formada "... por un conjunto de recursos humanos y materiales que se organizan funcionalmente de forma autónoma para la prestación de un servicio integral y de calidad a los usuarios... y se responsabiliza ante la Dirección del Hospital de Navarra de los resultados sanitarios y de la gestión eficiente de los recursos empleados", de modo que viene a funcionar como una "unidad interna de negocio", con sus propios Contrato-Programa, presupuesto clínico y cuenta de resultados.⁹² La configuración de áreas de servicio compartido en Galicia en el año 2001, aunque aparentemente relacionada con este tipo de planteamientos, parece responder más bien a una dinámica distinta que, partiendo de las unidades de alta especialización con personalidad jurídica propia existentes, pretende su integración funcional en los centros hospitalarios públicos, acogiéndose a este modelo.⁹³

En el Informe SESPAS 2002, González y Urbanos señalan que no existe evidencia empírica concluyente sobre la efectividad de las nuevas fórmulas jurídicas para mejorar la eficiencia, del

⁹² Decreto Foral 380/2000, de 26 de diciembre, que regula la estructura y funcionamiento del Área Clínica Navarra del Corazón, BCFN nº 17, de 5 de febrero de 2001.

⁹³ Decreto 37/2001, de 1 de febrero, sobre configuración de áreas de servicio compartido en estructuras hospitalarias, DOG nº 35, de 19 de febrero de 2001.

mismo modo que el carácter de reformas en el margen de algunas iniciativas de integración vertical de proveedores de atención primaria y de atención especializada, no permite inferir las consecuencias de su generalización. Aparte de estas iniciativas aisladas, las mencionadas autoras indican que no parece que se vaya a intentar, de momento, una reforma organizativa general, calificando la situación en 2002 de “inmovilismo organizativo”, y haciendo hincapié no sólo en la reiterada crítica efectuada a la insuficiente coordinación entre atención especializada y primaria, sino también en la reivindicación más reciente de la apremiante necesidad de coordinación entre esta última y la atención sociosanitaria. (González B y Urbanos R, 2002). Desde la perspectiva actual, es preciso añadir que muchas de las prioridades que proponen en su análisis tienen su reflejo en la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y las medidas adoptadas hasta el momento en este nuevo marco. La Ley abre toda una nueva etapa de coordinación y cooperación entre las Administraciones sanitarias que, a partir de la fijación de unos criterios marco, define (y permite prever) las principales líneas de reforma a seguir coordinadamente en todas y cada una de las CC.AA. (véase el cuadro 3, primera sección).

Por último, en el Cuadro 10 se expone una lista que, sin pretender en ningún caso ser exhaustiva, trata de mostrar algunas medidas autonómicas innovadoras en materia de organización, gestión y prestaciones por encima de las fijadas para el conjunto del SNS. El carácter no cerrado de la lista expuesta responde no sólo a las dimensiones del trabajo aquí presentado, sino también a las dificultades que la escasa difusión de las mismas desde algunas CC.AA., más allá de la normativa recogida en los Boletines Oficiales correspondientes, impone a su conocimiento. Es decir, se han detectado asimetrías entre las CC.AA. en el grado de difusión de experiencias puntuales, tanto en la literatura especializada como en la mera distribución de documentación interna, situación por la que es factible que, en este sentido, la información presentada en el mencionado Cuadro esté sesgada.

Conviene hacer otras dos aclaraciones acerca de la información recogida en el Cuadro 10. Algunas iniciativas, en coherencia con lo indicado previamente, constituyen en realidad una prolongación de líneas innovadoras trazadas desde otras CC.AA., como es el caso de la creación de los Institutos Clínicos. Aun así, se reflejan en el Cuadro, no figurando en cambio los antecedentes precursores de las mismas. Asimismo, se ha optado por incluir leyes autonómicas sobre cuidados sociosanitarios y/o atención a las personas mayores y dependientes, aun no tratándose de iniciativas innovadoras en términos relativos. Del cuadro 10 también se desprende la existencia de importantes avances en la reforma de la atención primaria en Cataluña, con el primer estudio de evaluación de estas características realizado en España. El resto de experiencias pioneras en atención primaria se refieren a la introducción de instrumentos de gestión, específicamente orientados a la prestación de un mejor servicio, como las Unidades Clínicas de Gestión en Andalucía.

CUADRO 10
Algunas medidas autonómicas innovadoras en materia de organización,
gestión y prestación de servicios (2001-2003)

CC.AA.	Algunas medidas innovadoras
Andalucía	<ul style="list-style-type: none"> - Implantación de la Gestión por Procesos Asistenciales Integrados (desarrollo de una de las estrategias del Plan de Calidad). Unidades Clínicas de Gestión en los EAP (también enmarcado en el Plan de Calidad) (Gálvez M, 2002). - Coordinación entre niveles: Programa de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital Reina Sofía de Córdoba, en el ámbito de la Atención Primaria. - Desarrollo de un modelo integrado de salud pública (una de las líneas prioritarias de actuación del III Plan Andaluz de Salud 2003-2008). - Decreto 137/2002 de apoyo a las familias, que incluye medidas de apoyo a los/as mayores y a personas con discapacidad, como cuidados de enfermería a domicilio y otros dispositivos sociosanitarios. - Servicios de enfermería comunitaria de enlace, con suministro de material hospitalario en el domicilio. - Prestación asistencial dental a la población de 6 a 15 años (Decreto 281/2001).^a - Incorporación de la “píldora del día después” a la cartera de servicios del SAS (Orden de 1 de junio de 2001). - Servicio “Salud Responde”, con atención telefónica 24h/365días, sobre: elección de hospital, información Tarjeta Sanitaria, Programa de Salud Buco-dental, información sobre tramitación Segunda Opinión médica, para la que el CEIS actuará como unidad central. - Telemedicina, posibilitando la conexión a través de internet (videoconferencia, transmisión de datos, envío de imágenes con calidad diagnóstica, etc.) de los centros de salud con sus hospitales de referencia.
Aragón	<ul style="list-style-type: none"> - Se prevé la posibilidad de incorporar los beneficios de las terapias complementarias como acupuntura, homeopatía, osteopatía-quiropática y medicina natural (Medida 27, en las Estrategias de Salud 2003-2007).
Asturias	<ul style="list-style-type: none"> - Dedicación exclusiva de los facultativos que se incorporen a partir de 2003 al SESPA (Ley 15/2002). - Ley de Servicios Sociales (Ley 1/2003) que prevé el diseño de un catálogo de prestaciones exigibles como derecho subjetivo, en estrecha colaboración, entre otros, con el sistema sanitario.
Baleares	<ul style="list-style-type: none"> - El Plan de Salud tendrá carácter vinculante (Ley 5/2003). - Se crea la figura del Defensor de los Usuarios, órgano independiente que puede actuar de oficio o a instancia de parte (Ley 5/2003). - Reintegro de gastos de desplazamiento y, en su caso, estancia, por atención recibida fuera del Área de Salud de la localidad de residencia (Decreto 37/2003).^b - Previsión de financiación con fondos públicos de medicamentos para la disfunción eréctil en pacientes crónicos y la “píldora del día después” (Navarro A, 2003).
Canarias	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de la normativa referida a la Oficina de Defensa de los Derechos de los Usuarios (Orden de 20

	<p>de septiembre de 2001).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Servicios de enfermería comunitaria de enlace, prestación en la que esta Comunidad es pionera.
Cantabria	<ul style="list-style-type: none"> - Se crea la Unidad de Atención al Usuario, con labores referidas a recabar información y dirimir conflictos, cuyo objetivo es la puesta en marcha de un plan de humanización de la asistencia sanitaria (Ley 7/2002). - Ley de Atención y Protección a las Personas en Situación de Dependencia (Ley 6/2001). Incluye teleasistencia, atención domiciliaria y otras prestaciones sociosanitarias. Crea el Observatorio de las Personas Dependientes.
Castilla-La Mancha	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinación entre niveles: experiencia piloto de gerencia única (Área de Salud de Puertollano). - Es la única Comunidad Autónoma que garantiza tiempos máximos de espera para consultas externas y pruebas diagnósticas (Decreto 9/2003).
Castilla y León	<ul style="list-style-type: none"> - Ley de Atención y Protección a las Personas Mayores (Ley 5/2003). Incluye teleasistencia, servicios de ayuda a domicilio y otros dispositivos de apoyo. Crea el Observatorio Regional de las Personas Mayores, órgano de apoyo a la planificación y ordenación de los recursos. - Aportación reducida para antifúngicos y antivirales en pacientes con cáncer (máximo: 2,64 euros/receta) (Navarro A, 2003).
Cataluña	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación de la atención primaria y de la diversificación de la provisión de servicios. - Plan de mejora de la atención primaria. - Proyecto piloto de compra de servicios integrales de salud, con pago de base poblacional (Ordre SSS/172/2002). - Modernización de la salud pública a través de la Ley 7/2003, que crea la Agencia de Protección de la Salud y diseña un nuevo marco flexible de cooperación entre la Generalidad y las Administraciones locales, con espacios de gestión compartida. - Se crea la central de resultados de la red sanitaria de utilización pública de Cataluña, como órgano orientado a conocer y evaluar la mejora del estado de salud de la población, adscrito al Departamento de Sanidad y Seguridad Social (Orden SSS/496/2003).
Comunidad Valenciana	<ul style="list-style-type: none"> - Nuevo modelo organizativo: se crea la Agencia Valenciana de Salud, que establecerá planes de gestión específicos con las entidades proveedoras de servicios que dependen de ella (Ley 3/2003). - Coordinación entre niveles: proyecto piloto de modificación en el circuito de laboratorio en el Área 19 (Pastor A y Schwarz H, 2003). - Plan de Humanización Sanitaria, apoyado en los Servicios de Atención e Información al Paciente (2001-2004), que sustituyen al dispositivo existente previamente, con vistas a un enfoque más integrador (Decreto 2/2002). - Financiación total del coste de algunas especialidades farmacéuticas prescritas para el tratamiento de la tuberculosis (Orden de 6 de marzo de 2002).
Extremadura	<ul style="list-style-type: none"> - Se crea la figura del Defensor de los Usuarios, órgano independiente, que podrá actuar de oficio o a instancia de parte y estará adscrito al departamento de la

	<p>Administración regional con competencias en materia de protección de los derechos de los consumidores (Ley 10/2001), regulado por el Decreto 4/2003.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asistencia dental a la población con discapacidad intelectual (Decreto 74/2003). - Previsión de financiación de la totalidad del coste de especialidades prescritas a familias numerosas y a enfermos crónicos menores de 14 años (Navarro a, 2003).
Galicia	<ul style="list-style-type: none"> - Se prevé la prestación de servicios a través de entidades de naturaleza asociativa (Ley 7/2003). - Configuración de Áreas de Servicio Compartido (Decreto 37/2001). - Se crea la figura del Veedor del Paciente, como órgano independiente en la estructura de la Administración sanitaria, que podrá actuar de oficio o a instancia de parte (Ley 7/2003). - Se prevén algunas prestaciones complementarias (adicionales), bajo determinados requisitos, de carácter ortoprotésico, transporte sanitario, dietoterapia y técnicas de terapia respiratoria a domicilio (Ley 7/2003).
La Rioja	<ul style="list-style-type: none"> - Se crea la figura del Defensor del Usuario, como órgano independiente, adscrito a la Consejería competente en materia de salud, que puede actuar de oficio o a instancia de parte (Ley 2/2002).
Madrid	<ul style="list-style-type: none"> - Nuevo modelo organizativo; separación de funciones, incluida la salud pública (Ley 12/2001). - Plan de Calidad Integral de los Servicios Sanitarios de la Comunidad de Madrid (2002-2007), acordado con 22 organizaciones. Objetivos básicos: mejoras asistenciales (incluida la calidad percibida por los usuarios) y de las condiciones laborales (incrementos de plantilla y retributivos). - Coordinación entre niveles: Fundación Hospital de Alcorcón y centros de atención primaria del Área 8 de Madrid. - Se crean las Agencias Sanitarias para facilitar a los ciudadanos la gestión de trámites (Ley 12/2001). - Se crea la figura del Defensor del Paciente, como un órgano independiente (Ley 12/2001).
Murcia	<ul style="list-style-type: none"> - El Plan de Salud de la Región de Murcia (2003-2007) prevé la creación de una red sanitaria de utilización pública, que incluirá recursos privados con los que se articularán relaciones contractuales duraderas. - Experiencia piloto en el Área de Salud de Yecla en Gestión Integral de Servicios de Salud (coordinación de los servicios de salud pública con los asistenciales).
Navarra	<ul style="list-style-type: none"> - Se crea el Área Clínica Navarra del Corazón (DF 380/2000, en vigor desde el 6 de febrero de 2001) - Financiación, en las mismas condiciones establecidas para el resto de prestaciones farmacéuticas del SNS, de algunas prestaciones farmacológicas de ayuda a dejar de fumar (DF 139/2003).^c - Ampliación de la cobertura en asistencia dental hasta los 18 años, a los residentes en Navarra que hayan nacido a partir del 1 de enero de 1988 (Orden Foral 77/2003). Actualmente es la Comunidad Autónoma con mejor cobertura en esta prestación.
País Vasco	<ul style="list-style-type: none"> - Política de impulso del aprovechamiento de sinergias: promoción de alianzas y proyectos comunes entre

	<p>centros, como creación de nuevos servicios e inversiones compartidas (Plan Estratégico 2003-2007).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestión por procesos (Olazaran M. Simón K y Lezamiz I, 2002). - Avances en la aplicación de la TSE (Tarjeta Sanitaria Electrónica) (Resolución de 11 de julio de 2001).
--	--

^a Esta prestación está incorporada a la cartera de servicios en el País Vasco y Navarra mucho tiempo antes del período aquí estudiado.

^b Con anterioridad, en Canarias se venían realizando compensaciones establecidas de modo similar, adaptadas a su carácter insular.

^c En particular, la terapia sustitutiva de nicotina [parches transdérmicos (30-20-10 mg) y Bupropión]. Navarra tiene, en términos relativos, una larga e intensa trayectoria en acciones sobre el tabaco. El citado Decreto desarrolla el artículo 9º 1. b) de la norma más reciente al respecto: la Ley Foral 6/2003, de 14 de febrero de 2003, de prevención del consumo de tabaco, de protección del aire respirable y de la promoción de la salud en relación al tabaco (BCFN de 21 de febrero de 2003).

Fuentes:

- Consejería de Salud, Consumo y Servicios Sociales de Aragón, 2003.
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2001.
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2003.
- Consellería de Sanidad de la Generalitat Valenciana, 2001.
- Decreto 137/2002, de 30 de abril, de medidas de apoyo a la familia, BOJA nº 52, de 4 de mayo de 2002.
- Decreto 2/2002, de 8 de enero, por el que se crean los Servicios de Atención e Información al Paciente, DOGV nº 4167, de 14 de enero de 2002.
- Decreto 281/2001, de 26 de diciembre, por el que se regula la prestación asistencial dental a la población de 6 a 15 años de la Comunidad Autónoma de Andalucía, BOJA de 31 de diciembre de 2001.
- Decreto 37/2001, de 1 de febrero, sobre la configuración de áreas de servicio compartido en estructuras hospitalarias, DOG nº 35, de 19 de febrero de 2001.
- Decreto 37/2003, de 11 de abril, que regula los reintegros de gastos por desplazamientos en transporte no concertado y las compensaciones por estancias fuera de su localidad de residencia de los usuarios del Servicio Balear de la Salud, por razón de asistencia sanitaria, BOIB nº 57, de 24 de abril de 2003.
- Decreto 4/2003, de 14 de enero, que regula el régimen jurídico, estructura y funcionamiento del Defensor de los Usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura, DOE nº 9, de 21 de enero de 2003.
- Decreto 74/2003, de 20 de mayo, de asistencia dental a la población con discapacidad intelectual de la Comunidad Autónoma de Extremadura, DOE nº 62, de 29 de mayo de 2003.
- Decreto 9/2003, de 28 de enero, por el que se fijan tiempos máximos de respuesta, prestaciones garantizadas, tarifas y abono por gastos de desplazamiento en atención sanitaria especializada en Castilla-La Mancha, DOCLM nº 12, de 31 de enero de 2003.
- Decreto Foral 139/2003, de 16 de junio, de Navarra, que establece las condiciones de acceso a las prestaciones farmacológicas de ayuda a dejar de fumar, BCFN nº 85, de 4 de julio de 2003.
- Decreto Foral 380/2000, de 26 de diciembre, por el que se regula la estructura y funcionamiento del Área Clínica Navarra del Corazón, BCFN nº 17, de 5 de febrero de 2001.
- Fusté, J., Lacasa, C., Cutilla, S., Elías, A., Olivet, M., Ponsà, J.A. et al., 2003.
- Gálvez M, 2002.
- Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura, DOE nº 76, de 3 de julio de 2001.
- Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación (Sanidad. Comunidad de Madrid), BOCM nº 306, de 26 de diciembre de 2001.
- Ley 15/2002, de 27 de diciembre, de Medidas Presupuestarias, Administrativas y Fiscales del Principado de Asturias, BOPA nº 301, de 31 de diciembre de 2002.

- Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud. Normas reguladoras (La Rioja), BOLR nº 49, de 23 de abril de 2002.
- Ley 3/2003, de 6 de febrero, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana, DOGV nº 4440, de 14 de febrero de 2003.
- Ley 5/2003, de 3 de abril, de Atención y Protección a las Personas Mayores, BOCL nº 67, de 8 de abril.
- Ley 5/2003, de 4 de abril, de Salud de las Illes Balears, BOIB nº 55, de 22 de abril de 2003.
- Ley 6/2001, de 20 de noviembre, de Atención y Protección a las Personas en Situación de Dependencia (Cantabria), BOC nº 230, de 28 de noviembre.
- Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud. Normas reguladoras (Aragón), BOA nº 46, de 19 de abril de 2002.
- Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria, BOC nº 242, de 18 de diciembre de 2002.
- Ley 7/2003, de 25 de abril, de Protección de la Salud (Cataluña), DOGC nº 3879, de 8 de mayo de 2003.
- Ley 7/2003, de 9 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Galicia, DOG nº 246, de 19 de diciembre de 2003.
- Ley del Principado de Asturias 1/2003, de 24 de febrero, de Servicios Sociales, BOPA nº 56, de 8 de marzo de 2003.
- Navarro A, 2003.
- Olazarán M, Simón K y Lezamiz I, 2002.
- Orden de 1 de junio de 2001, por la que se actualiza el contenido del Anexo del Decreto 104/2001, de 30 de abril, por el que se regulan las existencias mínimas de medicamentos y productos sanitarios en las oficinas de farmacia y almacenes farmacéuticos de distribución (Andalucía).
- Orden de 20 de septiembre de 2001, que desarrolla el Decreto 94/1999, de 25 de mayo de 1999, que regula la estructura y el funcionamiento de la Oficina de Defensa de los Derechos de los Usuarios Sanitarios y la tramitación de las reclamaciones, solicitudes, iniciativas y sugerencias y aprueba los impresos y modelos de hojas de reclamaciones y de solicitudes, iniciativas y sugerencias en el ámbito sanitario, BOC nº 127, de 28 de septiembre de 2001.
- Orden de 6 de marzo de 2002, por la que se establecen las condiciones de financiación, para los pacientes con tuberculosis, de las especialidades con los principios activos: rifabutina, rifampicina, isoniazida, pirazinamida y etambutol, DOGV nº 4212, de 18 de marzo de 2002.
- Orden Foral 77/2003, de 1 de julio, por la que se desarrolla el programa de atención dental infantil y juvenil, BCFN nº 109, de 27 de agosto de 2003.
- Orden SSS/496/2003, de 14 de noviembre, por la que se crea la central de resultados de la red sanitaria de utilización pública de Cataluña, DOGC nº 4032, de 17 de diciembre de 2003.
- Ordre SSS/172/2002, de 17 de maig, per la qual s'estableix una provat pilot per a la implantació d'un sistema de compra de serveis de base poblacional, DOGC nº 3645, de 29 de Mayo de 2002.
- Plan de Calidad Integral de los Servicios Sanitarios de la Comunidad de Madrid (2002-2007). Disponible en <http://www.madrid.org>.
- Plan de Salud de la Región de Murcia (2003-2007).
- Ponsà JA, Cutillas E, Elías À, Fusté J, Lacasa C, Olivet M et al., 2003a.
- Ponsà JA, Cutillas E, Elías À, Fusté J, Lacasa C, Olivet M et al., 2003b.
- Resolución de 11 de julio de 2001, por la que se aprueba la aplicación T.S.E. (Proyecto Tarjeta Sanitaria Electrónica), BOPV nº 140, de 20 de julio de 2001.
- Servicio Vasco de Salud, 2003.
- Torres A, 2003.

En atención especializada, salvo las experiencias referidas a la creación de Institutos o Áreas Clínicas (en Navarra), el resto de experiencias se enmarca mayoritariamente en estrategias de coordinación entre niveles, a través de proyectos piloto puntuales, como la experiencia piloto de gerencia única en Castilla-La Mancha (en el Área de Salud de Puertollano); la compra de servicios integrales apoyada en un sistema de pago con base poblacional, en Cataluña; la coordinación de la Fundación Hospital de Alcorcón con los centros de atención primaria del

Área 8 de Madrid; el Programa de cirugía extrahospitalaria promovido por la Delegación Provincial de Salud de Córdoba; o la modificación del circuito de laboratorio en el Área 19, en la Comunidad Valenciana.

Por otra parte, entre otras innovaciones de carácter general, resaltan los avances en la implantación de la Gestión por Procesos Asistenciales Integrados en Andalucía; la previsión de prestación de servicios a través de entidades asociativas en Galicia (al modo de las EBA catalanas) y la previsión del Plan de Salud de la Región de Murcia (2003-2007) de articular relaciones contractuales duraderas con recursos privados (planteamiento similar al recogido en el Concordato firmado en el año 2000 entre el NHS y el sector sanitario privado en el Reino Unido). Por su parte, cabe destacar que la Ley 5/2003 de Salud de las Islas Baleares establece que el Plan de Salud tendrá carácter vinculante.

Respecto a la aplicación de medidas directamente vinculadas a los derechos del paciente y/o usuario, es preciso mencionar la creación de la figura del Defensor del Paciente o, en su caso, del Usuario, como órgano independiente que puede actuar de oficio o a instancia de parte. Éste es el caso de Baleares, Extremadura, Galicia (donde toma el nombre de Veedor del paciente), La Rioja y Madrid. En estrecha relación con este enfoque, se han creado Unidades o Servicios de Atención e Información como dispositivos de apoyo a Planes de Humanización de la asistencia sanitaria, en Cantabria y en la Comunidad Valenciana y se ha desarrollado la normativa correspondiente a la Oficina de Defensa de los Derechos de los Usuarios en la Islas Canarias. Por su parte, Castilla-La Mancha es la única Comunidad Autónoma que garantiza tiempos máximos de espera para consultas externas y pruebas diagnósticas.

Un aspecto que se desprende de la información presentada en el Cuadro 10 es el nuevo protagonismo que está cobrando la salud pública, resaltando en este ámbito Andalucía, donde una línea prioritaria de actuación consiste en el desarrollo de un modelo integrado de salud pública; la Comunidad de Madrid, donde la separación de funciones se extiende a este ámbito; la Región de Murcia, con una experiencia piloto de gestión integral de servicios de salud (en el Área de Salud de Yecla); y Cataluña, con un ambicioso plan de modernización de la salud pública.

La relevancia de la captación de información para una mejor ordenación de los recursos sanitarios y sociosanitarios se pone de relieve a través de la creación de órganos como el Observatorio de las Personas Dependientes de Cantabria, el Observatorio Regional de las Personas Mayores de Castilla y León y la central de resultados de la red sanitaria de utilización pública de Cataluña.

Por último, en relación con las prestaciones de servicios más allá de las recogidas en el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, aparte de las diversas medidas adoptadas en otras CC.AA., mostradas en el Cuadro 10, resaltan las aplicadas en Andalucía y Navarra, CC.AA. que, por otra parte, dan continuidad a una línea iniciada previamente financiando, por ejemplo, medicamentos excluidos de la financiación con fondos estatales desde 1998.

Bibliografía

Barnuevo R (2002): "El proceso de descentralización de competencias en Asistencia Sanitaria", Revista de Administración Sanitaria, vol. VI, monográfico 2, pp. 25-43.

Benito E (2003): "El proyecto de administrar dosis personalizadas de antibióticos en Galicia logra reducir un 35 % el gasto", El País, 15 de diciembre de 2003.

Blanco Á (2002): "La coordinación de los Sistemas de Información Sanitaria en el Sistema Nacional de Salud", Revista de Administración Sanitaria, vol. VI, monográfico 2, pp. 79-98.

Cabiedes L (2000): "La financiación del sistema sanitario", en Libro Blanco de los Servicios Sanitarios Asturianos, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, pp. 47-85.

Cabiedes L y Ortún V (2002): "Incentivos a prescriptores", en Puig-Junoy J (ed.): Análisis económico de la financiación pública de medicamentos. Barcelona: Masson, pp. 143-160.

Cantarero D (2002): "Descentralización, transferencias y nueva financiación del sistema sanitario español", en Cabasés JM, Meneu R, Rodríguez M y San Miguel F (coords.): La organización territorial de la sanidad. Pamplona. Universidad Pública de Navarra y Asociación de Economía de la Salud (XXII Jornadas de Economía de la Salud), pp. 65-86.

Carnicero J, Gimeno A, Amézqueta C, Ayerdi K, Apezteguía J y Granado A (2002): "Resultados de tres años del plan de gestión clínica de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud", Revista de Administración Sanitaria, vol VI, nº 22, pp. 55-73.

CES (Consejo Económico y Social) (2002): Memoria sobre la situación socioeconómica y laboral 2001. Madrid: CES.

CES (Consejo Económico y Social) (2003): Memoria sobre la situación socioeconómica y laboral 2002. Madrid: CES.

Consejería de Salud, Consumo y Servicios Sociales de Aragón (2003): Estrategias de Salud 2003-2007.

Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (2001): Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Sevilla: Consejería de Salud.

Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (2003): III Plan Andaluz de Salud 2003-2008.

Consejería de Sanidad y Consumo de Extremadura (2001): Plan de Salud de Extremadura 2001-2004. Mérida: Consejería de Sanidad y Consumo.

Consellería de Sanidad de la Generalitat Valenciana (2001): Plan de Salud de la Comunidad valenciana (2001-2004). Valencia: Consellería de Sanidad.

Costas Lombardía E (2003): El mundo de la farmacia en España y su reforma. Dictamen, Madrid, 10 de noviembre de 2003. Disponible en <http://www.indecop.org/informes.htm>.

Defensor del Pueblo (2003): Listas de espera en el Sistema Nacional de Salud, Informes Estudios y Documentos. Madrid: Defensor del Pueblo.

Departamento de Salud de Navarra (2001): Plan de Salud de Navarra 2001-2005, Suplemento 3 de Anales del Sistema Sanitario de Navarra, vol. 24.

El Médico Interactivo (2004): "Seis CC.AA., Ceuta y Melilla participarán en un proyecto de receta electrónica en 2004", Oficina de Prensa, 20 de enero de 2004, en <http://www.elmedicointeractivo.com>.

El País (2004): "El Gobierno aprueba la tarjeta sanitaria única para toda España", El País, 31 de enero de 2004, p. 26.

Elexpuru JL, Perez de Arriba J, Viñegra G, Irizar I, Martínez I y López A (2002): "Modelos de integración en gestión: Plan de Salud/Contrato-Programa/Contrato de Gestión Clínica. Una experiencia en el campo de la atención primaria del Área de Salud de Álava", en Cabasés JM, Meneu R, Rodríguez M y San Miguel F (coords.): La organización territorial de la sanidad. Pamplona: Universidad Pública de Navarra y Asociación de Economía de la Salud (XXII Jornadas de Economía de la Salud), p.627.

Farmaindustria (2002): Código Español de Buenas Prácticas para la Promoción de los Medicamentos. Madrid: Farmaindustria, abril de 2002.

Farmaindustria (2003): Memoria Anual 2002. Madrid: Farmaindustria.

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud (2003): Experiencias autonómicas en la gestión de listas de espera, estudio elaborado a solicitud de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud de la Secretaría General de Sanidad del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Fusté J, Lacasa C, Cutilla S, Elías A, Olivet M, Ponsà JA et al. (2003): "EL modelo de atención primaria de Cataluña frente a una realidad cambiante. El Plan de mejora de la atención primaria" *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari*, 37, septiembre, pp. 6-9 (pp. 16-20, en la versión en catalán).

Gálvez M (2002): "Las unidades clínicas de gestión en los equipos de atención primaria en Andalucía", *Dirección Clínica*, vol. 8, nº 4, pp. 197-213.

García Ó, Prats JL y Serra LI (2000): "Mejorar la calidad y seguridad de los alimentos", en Álvarez Dardet C y Peiró S (eds.): *Informe SESPAS 2000. La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública (Monografías EASP; 30), pp. 291-306.

González B, Barber P, Pinilla J, Álamo F y Casado D (2001): "Organización y gestión", en López i Casanovas G (dir.) y Rico A (coord.): *Evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el Estado de las Autonomías. Análisis comparativo de las Comunidades Autónomas del País Vasco, Andalucía y Cataluña*. Tomo II. Bilbao: Fundación BBV, pp. 15-231.

González B y Urbanos RM (2002): "Prioridades en la organización de la atención a la salud en España", en Cabasés JM, Villalbí JR y Aibar C (eds.): *Informe SESPAS 2002. Invertir para la salud. Prioridades en salud pública*, vol. II. Valencia: Generalitat Valenciana, pp. 327-341.

Ibern P (2000): "El Sistema de Atención de Salud: evaluación de los objetivos 26 a 31", en Álvarez Dardet C y Peiró S (eds.): *Informe SESPAS 2000. La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública (Monografías EASP; 30), pp. 339-345.

INDECOF (2003a): *Liberalización del sector de la Farmacia. Diez razones urgentes para liberar la farmacia y abrir la competencia*, INDECOF (Instituto para la Defensa de la Competencia y la Liberalización de la Farmacia).

INDECOF (2003b): *Radiografía de la farmacia en España: una empresa comercial protegida*, INDECOF (Instituto para la Defensa de la Competencia y la Liberalización de la Farmacia).

Lamata F (2003): "El Sistema Nacional de Salud: una realidad y un proyecto de responsabilidades compartidas", *Revista de Administración Sanitaria*, vol.I, nº 4, pp. 13-22.

López i Casanovas G (2003): *Veinticinco años de gestión sanitaria: orientaciones a futuro para el cambio organizativo, control y financiación*. Conferencia impartida en el Foro de Debate de la Fundación Abril Martorell, Madrid, 13 de noviembre de 2003.

Martín JJ (2003a): "Sistema de retribuciones y exclusividad de los facultativos de los hospitales públicos del Estado español", en Ortún V (dir.): *El interfaz público-privado en sanidad*. Barcelona: Masson, pp. 157-185.

Martín JJ (2003b): *Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias*, Fundación Alternativas, Documento de Trabajo 14/2003.

Martín JJ, López del Amo M del P y Pérez M del C (2002): "Nuevas fórmulas jurídicas y de gestión en las organizaciones sanitarias", en Temes JL (ed.): *Gestión Hospitalaria*, McGrawHill, 3ª edición.

Meneu R (2002): "Alternativas a la distribución de medicamentos y su retribución", *Gaceta Sanitaria*, vol 16, nº 2, pp. 171-181.

Mestre JF (2002): "Los conciertos de farmacias. Su gestión por los Servicios autonómicos de Salud", *Derecho y Salud*, vol. 10, nº 1, pp. 39-53.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2003a): *Recursos Económicos del Sistema Nacional de Salud. Datos y Cifras 2003*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2003b): *Plan Integral de Cardiopatía Isquémica 2004-2007*. Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud de la Secretaría General de Sanidad del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Ministerio de Sanidad y Consumo y Farmaindustria (2001): *Acuerdo entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y Farmaindustria para la elaboración y ejecución de un Plan Integral de Medidas de Control del Gasto Farmacéutico y Uso Racional del Medicamento*. Madrid, 31 de octubre de 2001.

Minué S, Manuel E de y Solas O (2002): "Situación actual y futuro de la Atención Primaria", en Cabasés JM, Villalbí JR y Aíbar C (eds.): *Informe SESPAS 2002. Invertir para la salud. Prioridades en salud pública*, vol. II. Valencia: Generalitat Valenciana, pp. 395-437.

Moreno RF (2002): "La culminación del proceso de descentralización sanitaria", *Revista de Administración Sanitaria*, vol. VI, nº 21, pp. 33-38.

Navarro A (2003): "Cohesión farmacéutica: una necesidad", *Ars Medica. Revista de Humanidades*, nº 2, pp. 199-209.

Olazarán M, Simón K y Lezamiz I (2002): "Gestión por procesos en el Servicio Vasco de Salud", en Cabasés JM, Meneu R, Rodríguez M y San Miguel F (coords.): *La organización territorial de la sanidad*. Pamplona: Universidad Pública de Navarra y Asociación de Economía de la Salud (XXII Jornadas de Economía de la Salud), p. 632.

Ortún V y Gervas J (2000): "Potenciar la atención primaria de salud", en Álvarez Dardet C y Peiró S (eds.): *Informe SESPAS 2000. La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública (Monografías EASP; 30), pp. 363-369.

Pastor A y Schwarz H (2003): "Coordinación entre niveles asistenciales: reorganización del proceso de solicitud de análisis de laboratorio y recepción de resultados en un área de salud de la Comunidad Valenciana", *Cuadernos de Gestión*, vol. 9, nº 1, pp. 26-33.

Plan de Salud de la Región de Murcia (2003-2007).

Plan de Calidad Integral de los Servicios Sanitarios de la Comunidad de Madrid (2002-2007). Disponible en <http://www.madrid.org>

Ponsà JA, Cutillas E, Elías À, Fusté J, Lacasa C, Olivet M et al. (2003a): "La reforma de la atención primaria de salud", *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari*, 37, septiembre, pp. 3-6 (pp. 8-15, en la versión en catalán).

Ponsà JA, Cutillas E, Elías À, Fusté J, Lacasa C, Olivet M et al. (2003b): "Evaluación de la reforma de la atención primaria y de la diversificación de la provisión de servicios", *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari*, 37, septiembre, pp. 15-19 (pp. 33-39, en la versión en catalán).

Puig-Junoy J (2004): "Incentives and pharmaceutical reimbursement reforms in Spain", *Health Policy* 67, pp. 149-165.

Romay R (2004): "Análisis retrospectivo de la prestación por incapacidad temporal. Propuestas de gestión". Resumen de la Tesis homónima, *Economía y Salud (Boletín informativo de la Asociación de Economía de la Salud)*, nº 49, p.11.

Romay R, L de Guevara J y Santín D (2002): "El control del gasto público por incapacidad temporal mediante redes neuronales", en Cabasés JM, Meneu R, Rodríguez M y San Miguel F (coords.): La organización territorial de la sanidad. Pamplona: Universidad Pública de Navarra y Asociación de Economía de la Salud (XXII Jornadas de Economía de la Salud), pp.315-337.

Ruiz-Huerta J y Granado O (2003): La sanidad en el nuevo modelo de financiación autonómica, Fundación Alternativas, Documento de Trabajo 31/2003.

Santos Á (2003): "Instrumentos de integración jurídica: las garantías de tiempos de espera en perspectiva internacional comparada", presentado en la Jornada Técnica de la Asociación de Economía de la Salud (AES), Nuevos Instrumentos de Integración y Cooperación Sanitaria, celebrada en Madrid el 31 de enero de 2003.

Servicio Vasco de Salud (2003): Plan Estratégico 2003/2007.

Torres A (2003): "Desarrollo de los procesos asistenciales integrados en Andalucía", Cuadernos de Gestión, vol. 9, nº 3, julio-septiembre, pp. 127-134.

Vaquero L (2003): "La polémica reestructuración de la visita médica", El Médico, nº 1104, 13-15 Diciembre.

Vargas I y Pané O (2002): "El proyecto piloto de financiación capitativa para la compra integrada de servicios de salud en Cataluña: precauciones y recomendaciones", en Cabasés JM, Meneu R, Rodríguez M y San Miguel F (coords.): La organización territorial de la sanidad. Pamplona: Universidad Pública de Navarra y Asociación de Economía de la Salud (XXII Jornadas de Economía de la Salud), pp. 660-661.

