CONCLUSIONES DE LAS MESAS DE TRABAJO DEL XIV CONGRESO DERECHO Y SALUD

MESA DE TRABAJO: PROS Y CONTRAS DE LO PRIVADO EN LA GESTIÓN SANITARIA.

LA CONCESIÓN DE OBRA PÚBLICA SANITARIA.

Relatores: D. José Luís Lafarga i Traver y D. Francisco José Villar Rojas.

La concesión de obra pública no sirve para gestionar servicios sanitarios públicos; en su caso, la fórmula sería la concesión como modalidad del contrato administrativo de gestión de servicios públicos. El ámbito de aplicación de ese contrato en la sanidad pública se circunscribe a aspectos complementarios, sin incidencia en la prestación de servicios médico-sanitarios.

La concesión de obra pública sanitaria es una forma nueva de contratar lo mismo. En cualquier hospital público, los servicios no sanitarios, los complementarios, incluso los comerciales, se prestan, cuando no de forma directa, mediante contratos administrativos de servicios –limpieza, catering, vigilancia-, concesiones de bienes de dominio público –cafeterías y locales comerciales-, incluso, en algún caso, concesión de obra pública –aparcamientos-. Los servicios sanitarios, incluso las pruebas diagnósticas, se realizan normalmente por personal y medios públicos (sin perjuicio de conciertos y convenios singulares). La fórmula contractual estudiada reduce a un único contrato la prestación de todos esos servicios complementarios y comerciales, que concede a un único empresario, otorgándole un largo tiempo de explotación, para que pueda compensar la inversión previa de construir un inmueble de uso sanitario con recursos propios -aunque con garantía pública-. Las prestaciones sanitarias quedan excluidas. Más aún, como en la fórmula clásica, la mayor parte de los ingresos proceden del erario público -todos los contratos de servicios-, la excepción sigue siendo lo comercial -cafetería, televisión en las habitaciones-. Por otra parte, vincular el pago con la calidad de la prestación se reconoce en los conciertos sanitarios y, en general, en el contrato administrativo de suministros. Lo que cambia es el plazo de duración del contrato -que excede del contrato de servicios- y, con él, en alguna medida, las condiciones económico-financieras. Este es el sentido de la concesión de obra pública sanitaria.

El valor de la concesión de obra pública, aun con el limitado alcance descrito, radica en si sirve para imputar suficiente riesgo al concesionario de forma que la Administración logre conciliar las limitaciones presupuestarias con la atención a la demanda de nuevos establecimientos públicos sanitarios. Lo cierto es que, en el supuesto estudiado, la financiación de las obras lo es con recursos públicos presupuestarios, sólo que diferidos en cuanto al momento de pago, que son abonados por la Administración concedente como pagador único; y si bien es cierto que su cuantía exacta depende de determinados parámetros, cuyo incumplimiento puede dar lugar a su minoración, lo cierto es que ese nivel de riesgo es mínimo cuando se trata de servicios vinculados con el funcionamiento de un hospital y, por tanto, con un servicio público esencial que parece difícil imaginar pueda ser clausurado. La experiencia muestra que la validez de esta clase de iniciativas en las que el riesgo es más formal que real, se encuentra a expensas del modo en que sea calificada por las autoridades comunitarias competentes. El riesgo real se produce cuando la retribución del contratista depende de los pagos de los usuarios, y no es el caso, tampoco podría serlo con el estatuto actual de la sanidad pública.

LOS CONCIERTOS Y LOS CONVENIOS SINGULARES.

Relatores: D. José Luís Lafarga i Traver y D. Francisco José Villar Rojas.

1. Hay que profundizar en la estrategia de colaboración entre el subsistema sanitario de titularidad pública y el sector privado en la provisión de los servicios sanitarios de cobertura pública en orden a alcanzar un mayor grado de eficiencia en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.

2. Hay que promover un uso del concierto, entendido como contrato de gestión del servicio público sanitario, como un instrumento necesario para completar la oferta asistencial en el Sistema Nacional de Salud, siempre con sujeción a procedimientos selectivos de concurrencia competitiva en los términos que la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas establece, especialmente en relación con la atención de aquellas patologías en que la colaboración privada sea más resolutiva y eficiente.

3. Conviene revisar el uso del convenio como instrumento de vinculación de los centros y establecimientos de titularidad pública o privada a las redes sanitarias de utilización pública introduciendo mecanismos de concurrencia competitiva para la selección de tales centros y establecimientos en cumplimiento del derecho de libre competencia y de libre mercado en la prestación de las actividades sanitarias privadas.

LA HUIDA AL DERECHO PRIVADO EN EL MOMENTO ACTUAL.

Relatores: D. José Luís Lafarga i Traver y D. Francisco José Villar Rojas.

1. Hay que promover procesos de descentralización en la provisión de los servicios sanitarios públicos configurando unidades productivas dotadas de personalidad jurídica propia y con la naturaleza jurídica que sea más idónea con arreglo a las circunstancias concurrentes en cada caso, que permitan el eficaz ejercicio de la función de gobierno, la corresponsabilidad de los profesionales en la gestión de los servicios, el rendimiento de cuentas en relación con el cumplimiento de los objetivos fijados en todos los niveles de la organización, el establecimiento de líneas de colaboración entre los distintos centros para mejorar su capacidad de resolución y eficiencia de acuerdo con criterios de planificación, y la flexibilización de los modelos retributivos para estimular la productividad y la calidad de la asistencia.

2. Conviene demandar una mayor valentía a los políticos y, en especial, a los que ostentan responsabilidades de gobierno en las Comunidades Autónomas, auténticos ejes del Sistema Nacional de Salud, para que impulsen procesos de descentralización en la gestión del sistema sanitario público, y un mayor grado de congruencia a los agentes sociales para que asuman un papel proactivo y de corresponsabilidad en la implantación de dichos procesos ordenados a la modernización de los instrumentos de gestión del Sistema.

3. Hay que maximizar el cuidado, así como actuar con prevención ante la introducción de mecanismos de corresponsabilización de los entes locales en el establecimiento de políticas y la planificación de los servicios sanitarios que desdibujen los roles y empañen la claridad de las funciones y responsabilidades establecidas en la Ley General de Sanidad.

MESA DE TRABAJO: EUROPA Y SANIDAD PÚBLICA.

EL REINTEGRO DE GASTOS.

Relator: D. José Mª Pérez Gómez.

La interpretación actual del Tribunal de Justicia, por la que se hace prevalecer los principios de contenido económico y los tradicionalmente fundamentales para la Unión Europea como son la libre circulación de personas, bienes y servicios respecto de Derechos con un carácter esencialmente social como es el derecho a la salud, que se han ido consolidando en las Cartas Constitucionales de los distintos países europeos, parece un tanto forzada y podría tener unas consecuencias que pueden calificarse, a juicio de la mesa, de perversas. Así, al asumir la posibilidad de que el reintegro de gastos sanitarios realizados en otro Estado miembro sin autorización de Estado origen del paciente sea posible en determinados casos en los que los servicios públicos del Estado miembro de origen no sean capaces de prestar la asistencia requerida en determinado plazo o en determinadas condiciones, abriría la puerta a una evidente iniquidad dentro del propio Sistema pues posibilitaría que, aquellos ciudadanos que dispusieren de suficientes recursos económicos para anticipar el gasto, pudieran desplazarse y disfrutar de una asistencia sanitaria (costeada finalmente con cargo a los poderes públicos) de superior celeridad que el resto de sus conciudadanos.

Además, la generalización de estas prácticas provocaría distorsiones presupuestarias al tener que realizar los Servicios de Salud una serie de gastos que originalmente no estaban presupuestados, produciéndose una cierta duplicidad en los costes estructurales calculados en base a determinada población y, además, afrontar el coste de los servicios cuyo coste deba reintegrar conforme a las Sentencias del Tribunal de Justicia de la Unión.

Así pues, parece que nos encontramos en este punto con un cierta colisión de bienes jurídicos merecedores de protección y, desde nuestro punto de vista, la solución dada por el Tribunal de Justicia de la Unión Europea altera en cierto modo las prioridades que, en materia de prestación de servicios sanitarios existen, al menos, en España donde la solidaridad y la igualdad de todos los residentes a la hora de percibir la asistencia prevalece a todas luces respecto a los derechos a la libre prestación de servicios de los distintos operadores del sector económico sanitario.

Toda buena norma debe reflejar las diferentes realidades sociales a las que se aplica, salvo que su finalidad sea precisamente cambiar algún aspecto concreto de dicha realidad y esta característica, como señala GIL IBAÑEZ, tiene aún mayor importancia en el caso de la Unión Europea ante la diversidad de países y culturas y ante las distintas prioridades y concepciones respecto a qué y cómo deben regularse determinadas materias. Tal es el caso que nos ocupa y la consolidación del derecho a la salud de los ciudadanos también en el derecho comunitario en un mismo plano de igualdad con respecto a los tradicionales principios de libre circulación, constituye una estupenda ocasión para revisar la doctrina del Tribunal de Justicia permitiendo a los órganos gestores de la prestación de los servicios que garantizan la consecución de dicho derecho en cada Estado miembro, el establecimiento de sus propios mecanismos de garantía que no perturben elementos esenciales del modelo como son, en el caso de España, la igualdad y la equidad entre los beneficiarios.

EL FENÓMENO DEL TURISMO SANITARIO.

Relator: D. Luis Fernando Barrios Flores

1. Bajo el término "turismo sanitario" se engloban prácticas heterogéneas. En el caso de prestaciones sanitarias a cargo directo del paciente se plantean, en algún caso, problemas bioéticos. En el supuesto de que las prestaciones corran a cargo -total o parcialmente- de los sistemas aseguradores públicos la problemática planteada se centra en el ámbito subjetivo de cobertura y en la financiación y, en su caso, el reembolso de los gastos de dichas prestaciones.

2. Para el caso de las prestaciones proporcionadas por los sistemas públicos sanitarios la normativa Europea peca de complejidad y escasa claridad. Parece plausible en este sentido el proceso –aún inacabado- de reforma de los Reglamentos comunitarios que regulan la coordinación –y no armonización- para la aplicación de los regímenes de Seguridad social a los ciudadanos y residentes comunitarios que se desplazan dentro de la Unión Europea.

3. El ámbito subjetivo de aplicación de dicha normativa comunitaria se ha visto afectado por un continuo proceso de ampliación del colectivo de personas amparadas por la cobertura asistencial. Lo cual parece razonable al conjugarse el principio de cobertura asistencial con el de "libre prestación de servicios".

4. El sistema asistencial europeo ha mostrado a lo largo del tiempo importantes problemas de gestión que, en buena medida, podrán solventarse con la puesta en funcionamiento de la tarjeta sanitaria europea. No obstante lo cual, se echa en falta una homogeneidad de formatos, especialmente en lo referido a la compatibilidad entre las tarjetas sanitarias nacionales y la europea.

5. Particular relevancia en el caso de España se plantea por el elevado número de residentes comunitarios pensionistas en nuestro territorio -especialmente en el arco mediterráneo-, lo que requiere un esfuerzo de información a dicho colectivo para la divulgación de los mecanismos asistenciales intercomunitarios. Es razonable la inquietud del Gobierno español a este respecto, especialmente por la importante incidencia que tiene la presencia en lugares geográficos delimitados de un amplio número de ciudadanos comunitarios no censados, con la presión asistencial que ello comporta para determinadas administraciones sanitarias.

6. Se hace necesario clarificar al máximo y buscar una solución equitativa ante el fenómeno de ciudadanos comunitarios residentes en España que al regresar a su país de origen para recibir un tratamiento o someterse a una intervención alteran la atribución competencial asistencial, dando lugar a un sistema de doble reembolso: del país de origen al país de residencia ("cuota global") y del país de residencia al país de origen (por el costo de la asistencia prestada), lo que plantea el relevante problema de que la "cuota global" recibida por nuestro país sea considerablemente más reducida que la que tienen otros países centroeuropeos, los cuales a su vez prestan asistencia a sus nacionales regresados a un costo notablemente superior al que hubiera tenido lugar de haberse prestado la asistencia en nuestro país.

7. Se detecta en la normativa comunitaria la existencia de conceptos jurídicos indeterminados que crean cierta inseguridad jurídica. Tal es el caso de las estancias en un Estado diferente al de origen, que dan derecho a las personas cubiertas por el sistema de protección comunitario a las prestaciones "necesarias desde un punto de vista médico".

8. En relación a la asistencia sanitaria de ciudadanos de países terceros (no comunitarios) la cuestión es en términos cuantitativos menos problemática en el caso de los hospitales de Ceuta y Melilla, pese a lo cual la suscripción de un convenio con el país vecino parece pertinente. Y ello sin perjuicio de que sea necesario que la Administración dote de los suficientes recursos a dichos establecimientos para que puedan hacer frente a este fenómeno sin menoscabo de la calidad asistencial de nuestros ciudadanos.

9. Mayor preocupación deriva de la presencia en nuestro territorio de un elevado número de ciudadanos extracomunitarios que, al no encontrarse afiliados a la Seguridad Social, gozan de las ventajas del Sistema Nacional de Salud sin contribución alguna para su sostenimiento. El problema es aquí igualmente más agudo en determinadas zonas del territorio, por lo que parece razonable que a nivel interno se alcance un acuerdo entre las distintas administraciones sanitarias que forman parte del mismo y se incentive -en la medida de lo posible- la suscripción de convenios con los países de origen de dichos ciudadanos.

LIBRE CIRCULACIÓN DE PROFESIONALES.

Relator: Juan Ramón Artiga Guerrero.

1. La libre circulación de profesionales, derecho de los ciudadanos de la Unión Europea por excelencia, permite que vaya tomando forma un fenómeno social y económico de cierta relevancia, como es el "flujo" de profesionales sanitarios entre diferentes países de la Unión, que puede originar desequilibrios. Sin embargo, el que España se haya convertido en "exportador" de profesionales sanitarios no está claro que realmente sea un problema, puesto que, aunque el éxodo existe, es relativo y todavía no constituye una amenaza grave.

2. Es una realidad el incumplimiento de la normativa en materia de nacionalidad (contratación de trabajadores extracomunitarios para desempeñar puestos en la función pública sanitaria), si bien se considera más grave el incumplimiento en materia de titulación, en muchas ocasiones como consecuencia de las dificultades que presentan los trámites de homologación de los títulos extranjeros. A este respecto, es urgente el desarrollo del sistema de reconocimiento de títulos, a efectos profesionales, pero no académicos, previsto en el artículo 18 de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

3. Una de las causas más evidentes de la "fuga" de profesionales sanitarios, aprovechando las facilidades derivadas de la libre circulación, se halla en las mejores condiciones, no sólo económicas, que se les ofrecen en otros países. En este aspecto, se reconoce que durante los últimos años la oferta ha sido, en general, poco atractiva ("contratos de guardias", por ejemplo); asimismo, se advierte que la oferta que pueden realizar los grandes hospitales presenta diferencias abismales con la que efectúan otros centros (de pequeño tamaño, en zonas aisladas, ...). Sería necesario un cambio cultural, tendente a que los residentes conozcan otras realidades o mejorar las ofertas para que, por ejemplo, no tengan que renunciar a las posibilidades de investigación si acceden a determinados centros.

4. Resulta discutible -desde un doble punto de vista, legal y moral- la posibilidad de restringir la libre circulación de los MIR durante un periodo de tiempo, con base en el argumento de que han recibido una formación muy costosa con cargo al estado (español) y otro estado no debería aprovecharse de ello. No se debe olvidar que, a cambio de la formación que reciben, (junto con una retribución modesta) prestan su nunca suficientemente reconocido trabajo. Habría que pensar en "fidelizarles" con nuestros Centros, mediante ofertas laborales atractivas.

5. Frente al déficit de profesionales sanitarios que se observa, no hay que olvidar que España sigue siendo, después de Italia, el país con más médicos por habitante de la UE. Ello no debe impedir que se busquen soluciones, pero estas no sólo deben venir de otros países. Por ejemplo, hay que revisar el papel de las Universidades, dialogando con ellas para planificar la formación de profesionales a largo plazo; hay que revisar la oferta MIR, y, mientras tanto, hay que buscar nuevas y más imaginativas formas de organización del trabajo.

MESA DETRABAJO: LA FINANCIACIÓN DE LA SANIDAD PÚBLICA.

EL COPAGO.

Relator: D. José Luis Moreno Ochoa.

El gasto sanitario ha crecido de forma importante en los últimos años -en términos generales aproximadamente el doble que el aumento del IPC- por lo que en el porcentaje de la riqueza que se genera en un país (PIB) que se destina para financiar el sistema sanitario es cada vez mayor. El aumento acumulativo anual del gasto sanitario en los últimos doce años se estima en un 8%, con un IPC del 4% en el mismo periodo de tiempo.

Este aumento viene provocado por el crecimiento de la población, aumento de la vida media y el crecimiento de la demanda de servicios sanitarios, así como del deslizamiento al alza de los costes sanitarios. Cada uno de estos factores actúa de forma entrelazada y provocan un efecto multiplicador del gasto sanitario.

Analizado el coste por habitante, se observa que también presenta crecimientos superiores al IPC de cada año, siendo más moderados como consecuencia del crecimiento de la población.

El aumento de la demanda de los servicios sanitarios esta condicionado por la aparición de nuevas tecnologías, el tratamiento cada vez mas precoz y durante mas tiempo de las enfermedades y la mayor utilización del sistema sanitario por parte de la población.

El Sistema Nacional de Salud es un sistema universal, actualmente financiado mediante impuestos, pero que conserva todavía algunas características propias de su origen, que, como es conocido, procede un sistema de previsión ligado a la cotización de los trabajadores y empresarios, por lo que todavía parte de la población entiende que las cotizaciones a la Seguridad Social dan lugar al derecho a la asistencia sanitaria. Sin embargo una parte muy pequeña del mismo es financiada por fuentes diferentes a la Hacienda Publica.

Todo ello, conduce a una primera consideración: ¿es el Sistema Nacional de Salud realmente un sistema de protección universal?; ¿por qué determinados colectivos pagan la asistencia sanitaria?; ¿deben de pagar el coste total de la misma?

Los colectivos que abonan la asistencia sanitaria pueden agruparse en dos grupos: a) aquellos colectivos que se encuentran fuera de la cobertura del Sistema de Seguridad Social por no cotizar a ella, ni disponer de otro sistema alternativo (MUFACE, MUJAGE, etc.), y b): los ciudadanos que aun teniendo cobertura publica en determinadas circunstancias, ligadas normalmente a determinados riesgos, están cubiertos por un tercero mediante el abono de una prima obligatoria por lo que resultan obligados al pago.

Surgen, nuevamente, una serie de preguntas que nos llevan a realizar determinadas reflexiones: ¿es lógico que existan ciudadanos sin derecho a asistencia sanitaria si el Sistema se financia por medio de impuestos ?; ¿por qué en determinas circunstancias estamos obligados a contratar cobertura sanitaria con una compañía de seguros?

Si analizamos el Sistema Sanitario a la luz de las reflexiones anteriores sobre la financiación del mismo, constatamos que el copago esta implantado en la prestación farmacéutica para los beneficiarios en activo, apareciendo una discriminación positiva como consecuencia de la edad pues se asimila la jubilación a escasez de recursos económicos. El gasto farmacéutico extrahospitalario representa el 21% del gasto total sanitario, concentrándose en su mayor parte precisamente en este colectivo, lo cual hace que el porcentaje de copago real de la citada prestación para las personas en activo que es del 40%, en términos globales es inferior al 7%, habiéndose reducido de forma importante en los últimos diez años.

De nuevo surgen una serie de cuestiones sobre las que es preciso reflexionar: ¿por qué se ha introducido el copago en esta prestación?; ¿por qué esta exento el colectivo de los jubilados, que es el que más consume?; ¿qué se pretende con esta medida?; ¿es efectiva?

El tema del copago en el Sistema Sanitario está de actualidad como consecuencia del fuerte crecimiento del gasto sanitario habido y de las previsiones de futuro crecimiento. En el debate sobre el mismo, aparecen dos posturas totalmente divergentes o contrapuestas: por una parte, los que opinan que no debe de introducirse ningún sistema de financiación adicional por parte de los usuarios ya que se financia, y así debe serlo en el futuro, mediante el sistema impositivo, que garantiza la equidad del sistema al no

penalizar la enfermedad, siendo la solidaridad uno de los pilares fundamentales del mismo; por otra parte, se mantiene la tesis de que es preciso que los usuarios financien parte del gasto cuando utilicen los servicios sanitarios, como ya sucede en otros servicios públicos, con el doble objetivo de contribuir a la financiación del sistema y fomentar la utilización racional del mismo.

Dentro de los partidarios del copago, algunos, como consecuencia del fuerte aumento del gasto sanitario, lo consideran necesario para financiar el sistema, y otros entiende que debe hacerse a los usuarios partícipes en el pago directo de los servicios que utilizan como medida disuasoria, actuando de ticket moderador y no de elemento recaudador.

Nuevamente nos aparecen cuestiones para la reflexión: ¿deben de abonar una parte del gasto las personas que utilizan los servicios sanitarios?; ¿se penaliza la enfermedad o se elimina el mal uso del Sistema Sanitario?; ¿deben de contribuir todos en igual medida o debería de graduarse en función de sus posibilidades económicas?; ¿se considera adecuado que los pacientes abonen una parte del coste cuando utilicen los servicios sanitarios?; ¿en que porcentaje?; ¿deben hacerlo siempre o solamente en determinadas circunstancias?

Finalmente, conviene resaltar la opinión de los ciudadanos que como parece lógico, de acuerdo con un reciente estudio publicado en Navarra, opinan de forma mayoritariamente (89%) que es preciso controlar el gasto sanitario siempre que no afecte a la calidad del servicio, no están de acuerdo (72%) en reducir alguna prestación con objeto de disminuir el gasto sanitario, y solamente un tercio (37%) opina que se debería de contribuir a la financiación de los servicios sanitarios en mayor medida en función de sus posibilidades económicas. Su postura parece clara: el gasto es alto pero no son partidarios de aumentar su participación en la financiación, por lo que en primer lugar se debería de proceder a racionalizar el gasto.

Tras un vivo debate, la opinión generalizada fue que el tema no estaba en estos momentos lo suficientemente trabajado y elaborado para su implantación, ya que no se ha definido con claridad el objeto que se persigue con el copago (aumentar los ingresos o racionalizar la demanda), por lo que debería de abordarse otras posibilidad para intentar moderar el crecimiento del gasto, mediante la introducción de mejoras en la gestión de los Sistemas de Salud y políticas activas y decididas en el sentido de concienciar a todos los actores (usuarios, gestores y profesionales) en el uso racional de los recursos sanitarios.

Se considera que el elemento fundamental en la decisión del gasto sanitario es el profesional sanitario, y el médico en particular, por lo que estas políticas deben de incidir de forma especial en él. Se plantearon experiencias sobre la racionalización del gasto como campañas publicitarias, la puesta en marcha de la factura en la sombra, etc. pero que, en general, no parece que hayan dado los resultados esperados

Existía otra opinión, aunque en menor medida que la anterior, que entiende que el tema está suficientemente avanzado, ya que se viene hablando de él desde hace tiempo, pero que tiene un coste político muy importante, por lo que existe una gran dificultad para su implantación y será difícil que se implante en el futuro. En este sentido se puso de manifiesto la reducción paulatina y constante del copago real de la prestación farmacéutica que actualmente existe, lo cual corrobora este planteamiento.

Además, se manifestaron posturas y experiencias diversas, destacándose la necesidad de aumentar la recaudación fiscal, modificando el sistema impositivo y, especialmente, combatiendo el fraude fiscal, para aumentar la financiación del Sistema Sanitario.

EL GASTO FARMACÉUTICO.

Relatora: Dª. Isabel Ansa Erice

La prestación farmacéutica supone un alto porcentaje del gasto sanitario global, y además tiene incrementos interanuales más altos que el presupuesto del gasto sanitario, que el IPC y que el PIB. Por otro lado, parece que es posible disminuir los costes de la prestación farmacéutica sin disminuir su calidad.

En los últimos 10 años el gasto en prestación farmacéutica se ha multiplicado por 2,16, mientras que las unidades vendidas, las recetas se incrementan un 38%. Por lo tanto, lo que está condicionando el incremento no es tanto el aumento del consumo de medicamentos, sino el incremento del precio medio de las recetas, que en estos diez años se ha incrementado un 56%.

El incremento en el precio medio de las recetas se debe a que constantemente se produce un deslizamiento en el consumo de medicamentos hacia medicamentos nuevos,

medicamentos que acaban de comercializarse y que tienen un precio más caro que los ya existentes.

Las medidas de contención del gasto que se han adoptado en los últimos años y que son:

1. Reducción del precio:

-Precio industrial.

- Margen de los almacenes.

- Margen de las oficinas de farmacia, descuento por volumen de ventas.

2. Exclusión de medicamentos de la financiación (Decretos de Financiación selectiva de medicamentos).

- El sistema de precios de referencia, establece el precio máximo que el Sistema Nacional de Salud paga por un medicamento.

- Concursos para la adquisición de productos sanitarios, dietéticos, buscando una distribución más eficiente de estos productos.

- Servicios de farmacias en residencias de ancianos.

- Actuaciones para la mejora del uso racional del medicamento:

- Herramientas de ayuda a la prescripción.

- Información a los médicos sobre su prescripción.

- Formación de prescriptores en farmacoterapia: cursos, talleres, boletines,…

- Introducción de la figura del farmacéutico de atención primaria como asesor del medicamento.

Se han manifestado también las medidas que no se han adoptado:

- Modificación de la aportación que paga el usuario.

- Modificación las retribuciones de las oficinas de farmacia que actualmente están ligadas a las ventas para ligarlas a actividades profesionales.

- Limitación de los gastos de promoción de la industria farmacéutica para disminuir su influencia en la selección de medicamentos.

- Inclusión de medicamentos y fijación de precios en función de su utilidad terapéutica.

Se concluye que la contención del gasto farmacéutico no parece abordable con una única medida sino mediante un conjunto de medidas. Con respecto a la medidas que no se han adoptado, se postula instaurar las de limitación de los gastos de promoción de la industria farmacéutica y su transparencia, así como considerar la utilidad terapéutica de los medicamentos cuando se incluyen en la oferta de medicamentos y en la fijación del precio para el Sistema Nacional de Salud.

Hay consenso en que el copago, que en prestación farmacéutica es una medida ya adoptada, no ha conseguido frenar el incremento del gasto farmacéutico por lo que no resultaría útil la modificación de la aportación, y no parece factible la modificación de la forma de retribución de las oficinas de farmacia.

GASTOS DE PERSONAL.

Relator: José Luis Ruiz Ciruelos

Los gastos del personal suponen algo mas del 50 % del total de los gasto que las administraciones realizan en materia sanitaria. Si en los últimos 10 años el IPC ha crecido en torno al 40 %, por contra los gastos de personal se han incrementado en torno al 70 %. Pero, a pesar de ser elevados, los gastos de personal han de seguir creciendo. Entonces, el gasto debe dirigirse al objetivo de conseguir más y nuevas cosas. No se puede ni se debe pagar más por hacer lo mismo. Conviene encauzar los esfuerzos a conseguir mayor polivalencia y una mayor productividad.

Eso significa que:

- Hay que conseguir mayores horas productivas.

- Hay que ser más polivalente en el trabajo: sí a la especialización, pero sin llegarse al extremo de alargar innecesariamente la cadena.

- Hay que retribuir por objetivos cumplidos.

- La organización del trabajo tiene que estar acomodada a las necesidades de la empresa, que es lo mismo que decir a las necesidades de los clientes, que son los financiadores: turnos en vez de guardias, turnos fijos en vez de turnos rotados, y cualquier otra formula que potencia la productividad.

La Sanidad Publica tiene que ser competitiva, y tiene que ofertar aquellas prestaciones básicas establecidas legalmente. Deben tomarse las medidas precisas, por impopulares que sean, para que el futuro de la Sanidad Publica se despeje, que los nubarrones que nos acompañen desaparezcan y que Sistema público quede asegurado para las nuevas generaciones.

No obstante, también se conviene en que los gastos de personal no son los únicos causantes de la precaria situación económica, si bien no hay que descartar la participación del personal en el resultado final, ya que siendo el Capitulo I excesivamente grande, no obstante, los sueldos son bajos y generan insatisfacción, y cuando prima la homogeneidad de retribuciones, sin resultados, se genera frustración y no promoción.

Las retribuciones deben tomar como referencia el sector en el que nos encontramos, que es la Función Publica Sanitaria pero eso sí, hay que flexibilizar las retribuciones y llegado el caso intentar personalizarlas mediante el cumplimiento de objetivos, gestión clínica y evaluación de los puestos de trabajo. Además deben adecuarse al nuevo modelo educativo, o lo que es lo mismo deben de vincularse las retribuciones a los niveles académicos.