

Departamento de Microbiología, Anatomía Patológica, Medicina Preventiva y Salud Pública, Medicina Legal y Forense



Estudio comparado de la asistencia sanitaria pública en dos regiones comunitarias: el modelo español de Castilla y León y el modelo alemán de Baviera

Tesis doctoral

Autor:

D. Ricardo Casas Fischer

Directores:

Dr. José Luis Vaquero Puerta
Profesor Asociado

Dra. Paula Asensio Villahoz
Profesora Asociada

Dr. José Javier Castrodeza Sanz
Profesor Titular

Facultad de Medicina — Universidad de VALLADOLID

Agradecimientos

A mis maestros, que me han animado a emprender y terminar este proyecto, y
a Carmen, que me ha ayudado y apoyado en todo momento.

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AE	Atención Especializada
AEV	Arbeiter-Ersatzkassen-Verband (Agrupación de las cajas aseguradoras sustitutorias de los trabajadores)
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse (Caja general regional/local del SEE)
AP	Atención Primaria
APVP	Años potenciales de vida perdidos
ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz (Ley de protección en el trabajo)
AVAC	Años de vida ajustados por calidad
AVWG	Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (ley de eficiencia de la prestación farmacéutica)
BÄK	Bundesärztekammer (colegio de médicos federal) Consejo General de Colegios Oficiales de médicos de España
BFA	Bundesversicherungsamt, Oficina Federal de seguros
BKK	Betriebskrankenkasse (caja empresarial del SEE)
BLÄK	Bayerische Landesärztekammer, colegio de médicos de Baviera
BOCYL	Boletín Oficial de Castilla y León
BMG	Bundesministerium für Gesundheit (Ministerio Federal de Sanidad, de Alemania)
BUND	Conjunto de Estados Federales (también Administración Central de Alemania)
BVA	Bundesversicherungsamt (Oficina federal de seguros)
C y L	Castilla y León
CA	Comunidad Autónoma
CCAA	Comunidades Autónomas
CDU	Christliche Demokratische Union (Unión cristiano demócrata)
CE	Constitución Española de 1978
CISNS	Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
CMBD	Conjunto mínimo básico de datos
D.G.	Dirección General
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft (Sociedad alemana de hospitales)
EWG	Europäische Wirtschaftsgemeinschaft (ver UEE)
EWGLINET	European Working Group for Legionella Infections NET (proyecto de vigilancia europeo para infecciones de legionella asociada a viajes)
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss (Comité Federal Conjunto)
GKK	Gesetzliche Krankenkasse (caja de enfermedad estatutaria)
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung (ver SEE)
GKV-WSG	Gesetzliche Krankenversicherung-Wettbewerbsstaerkungsgesetz, GKV -WSG (Ley de reforzamiento de la competencia del SEE)
GMG	Gesundheitsmodernisierungsgesetz (Ley de modernización de la sanidad)
GMK	Gesundheitsministerkonferenz (Conferencia de Ministros y Senadores de Sanidad)
GOÄ	Gebührenordnung fuer Ärzte (Norma Oficial Tarifaria para facultativos)

GOZ	Gebührenordnung fuer Zahnärzte (Norma Oficial Tarifaria para odontólogos)
GRD	Grupos relacionados de diagnósticos (DRG)
GRG	Gesundheitsreformgesetz (Ley de reforma sanitaria)
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz (Ley de estructura sanitaria)
GSK	Gesundheitsschutzgesetz (Ley de protección de la salud)
HELICS	Hospital in Europe Link for Infection Control through Surveillance
HIAP	Health In All Policies (Salud en todas las políticas)
ICD	International classification of diseases (Clasificación internacional de enfermedades, CIE)
IfG	Institut für Gesundheitsökonomik München,(Instituto para la economía de la salud en Múnich)
IKK	Innungskrankenkassen (Caja gremial del SEE)
INP	Instituto Nacional de Previsión
IQWIG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (Instituto para la calidad y eficiencia del sistema de salud)
ISFAS	Instituto Social de las Fuerzas Armadas
KBV	Kassenärztliche BundesVereinigungen (Asociación Federal de Médicos del SEE)
KBV	KassenärztlicheBundesVereinigung (Asociación Federal de médicos concertados)
KK	Krankenkasse (caja de seguro de enfermedad o caja aseguradora de enfermedad o caja de enfermedad)
KV	Kassenärztliche Vereinigungen (Asociaciones de Médicos del SEE o Federaciones de médicos concertados)
KVB	Kassenärztliche Vereinigung Bayern (Asociación de Médicos de Baviera)
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigungen (Asociaciones federal de Odontólogos del SEE)
KZV	KassenZahnärztliche Vereinigungen (Asociaciones de Odontólogos del SEE)
LÄK	Landesärztekammer (colegio médico del Land)
LCyCSNS	Ley de Cohesión y Calidad del SNS
LGS	Ley General de Sanidad
LKK	Landwirtschaftliche Krankenkassen (Caja agraria del SEE)
MSC	Ministerio de Sanidad y Consumo de España
MUFACE	Mutualidad general de funcionarios civiles del Estado
MUGEJU	Mutualidad General Judicial
MUMPAL	Mutualidad general de funcionarios de la Administración Local
MVZ	Medizinische Versorgungszentren (centros de atención integral)
OCDE	Organización para la cooperación y desarrollo económico (en inglés: OECD)
OMS	Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, WHO)
PKK	Private Krankenkasse (caja de enfermedad privada)
PKV	Private Krankenversicherung (ver SEP)
RD	Real Decreto
RDA	República democrática alemana
RFA	República federal alemana
RKI	Instituto Robert Koch

RSA	Risikostrukturausgleich (Compensación por estructura de riesgo)
RVO	Reichsversicherungsordnung (Ordenamiento de Seguros del Reich)
SEE	Seguro Estatutario de Enfermedad o Seguridad Social (GKV)
SGB	Sozialgesetzbuch (Código social, con 12 libros o tomos; incluye todos los derechos sociales)
SOE	Seguro obligatorio de enfermedad
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands (Partido socialdemócrata de Alemania)
SPE	Seguro Privado de Enfermedad (PKV)
SpiBu	Spitzenverband Bund der Krankenkassen (Central de la Asociación federal de seguros de enfermedad)
StMUGV	Bayerisches Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (Ministerio Estatal de Baviera de Medio Ambiente, Salud y Protección del Consumidor)
UAR	Unidades de atención rápida
UE	Unión Europea
UEE	Unión Económica Europea
VdAK	Verband der Angestellten-Krankenkassen (Agrupación de cajas aseguradoras de los empleados)

NOTA

Las tablas se han “renombrado” como figuras, para conseguir mantener la correlación numérica al insertar el campo numérico para su numeración.

Índice de capítulos	Página
1. Introducción	8
1.1. Los modelos sanitarios en Europa	12
1.2. El contexto	24
1.2.1. Datos sociodemográficos y macroeconómicos	24
1.2.1.1. Alemania y España	24
1.2.1.2. Baviera y Castilla y León	28
1.2.2. Organización política	41
1.2.2.1. Baviera	41
1.2.2.2. Castilla y León	43
1.3. Recorrido histórico de la sanidad	45
1.3.1. Alemania	47
1.3.2. España	67
2. Objetivos, justificación e hipótesis de trabajo	96
3. Material y Métodos	104
4. Los resultados	112
4.1. Legislación y organización político administrativa	112
4.1.1. Alemania y España	112
4.1.2. Baviera y Castilla y León	122
4.2. Financiación	131
4.2.1. Gasto sanitario	131
4.2.1.1. Alemania y Baviera	131
4.2.1.2. España y Castilla y León	139
4.2.1.3. Mecanismos de reducción del gasto	162
4.2.2. Recaudación y reparto	165
4.2.2.1. Alemania y Baviera	166
4.2.2.2. España y Castilla y León	222
4.2.3. Financiación de hospitales	242
4.2.3.1. Alemania y Baviera	242
4.2.3.2. España y Castilla y León	251
4.3. Recursos materiales	252
4.3.1. Alemania y Baviera	252

4.3.2. España y Castilla y León	263
4.4. Recursos humanos	277
4.4.1. Alemania y Baviera	277
4.4.2. España y Castilla y León	285
4.5. Actividad y uso del sistema	289
4.6. Calidad	296
4.6.1. Cobertura	296
4.6.1.1. Alemania y Baviera	296
4.6.1.2. España y Castilla y León	299
4.6.2. Copagos	303
4.6.2.1. Alemania y Baviera	303
4.6.2.2. España y Castilla y León	309
4.6.3. Accesibilidad al sistema	312
4.6.3.1. Alemania y Baviera	312
4.6.3.2. España y Castilla y León	314
4.6.4. Tiempos de respuesta	316
4.7. Resultados de salud	326
4.7.1. Esperanza de vida	327
4.7.2. Mortalidad y años potenciales de vida perdidos	329
4.7.3. Otros indicadores	340
4.7.4. Barómetros sanitarios	343
5. Comentarios y Conclusiones	349
5.1. Análisis DAFO	383
5.2. Propuesta de modelo	390
5.3. Conclusiones	396
6. Bibliografía	399

1. INTRODUCCIÓN

Europa se enfrenta a una población cada vez más envejecida y demandante, así como a un incesante incremento de gastos sanitarios. Cada Estado o conjunto de Estados tiene su modelo sanitario, basado en criterios ideológicos y políticos de los poderes públicos, en elementos históricos, culturales, socioeconómicos, geopolíticos.

La Europa Occidental se premia de poseer sociedades civilizadas, organizadas en sistemas complejos, y cuyos sistemas sanitarios, aun siendo diferentes en su idiosincrasia y en sus estructuras organizativas, tienen en común de ser altamente sofisticados y supeditados a la filosofía del Estado del bienestar. El término “Estado de bienestar” fue acuñado por el Arzobispo de Canterbury (Reino Unido) William Temple¹, y en principio responde a la perfección del sistema de responder a las expectativas de los ciudadanos, pudiendo abordarse tal cometido desde la política, la economía y la sociología, para citar los campos más relevantes.

El estado de salud constituye una dimensión de la calidad de vida de los pueblos y, según Lalonde, depende sólo en pequeña medida de las políticas y sistemas sanitarios. Más bien influyen otros factores, como el medio ambiente, estilos de vida, la genética, factores sociales y económicos². Según John Maynard Keynes, el Estado de bienestar se alcanza a través de la promoción del pleno empleo y de medidas tuteladas por el Estado, cada uno de los cuales tiene un modelo sanitario, basado en criterios ideológicos y políticos de los poderes públicos, influidos por elementos históricos, culturales, socioeconómicos, geopolíticos.

Los sistemas sanitarios son parte del sistema social y un pilar esencial para la cohesión y la paz social. Es un sistema abierto, sinérgico, recursivo e interdependiente con el sistema económico, y tiene como finalidad la salud.

Las diferentes sensibilidades culturales de cada pueblo pueden configurar diferentes repertorios de necesidades, lo que a su vez genera los diferentes modelos, sociales, sanitarios, políticos u otros.

Cualquier asunto de la política sanitaria adquiere la dimensión de un asunto de Estado, con gran implicación de sindicatos, gobernantes, proveedores y opinión pública, independientemente del color político de los mandatarios.

El sistema sanitario es un sistema abierto, sinérgico, recursivo e interdependiente con el sistema económico, y tiene como finalidad la salud.

Las políticas de salud se engloban dentro de las políticas sociales, y todas tienen la equifinalidad de perseguir activa y explícitamente mejorar la salud de sus poblaciones. Las políticas de salud no se desarrollan verdaderamente hasta los años cincuenta. Prueba de ello es el modesto peso que ha tenido el gasto sanitario en los presupuestos públicos. Hoy día alcanzan en torno del 25 al 30% de todo el presupuesto de una región o CCAA. Y, en términos de PIB, consumen entre un 6 y 18%, según los países. En un principio las líneas estratégicas se orientan según indicadores demográficos (tasa de crecimiento, de envejecimiento, natalidad, mortalidad, migración, etc.), la distribución geográfica, nuevas tecnologías y otros insumos (bienes consumibles) que contemplan las políticas sanitarias³.

Todos los sistemas de salud de los países del espacio europeo y de la mayor parte del mundo desarrollado tienen entre sus objetivos el de la eficiencia, es decir, la aplicación de medidas de racionalización y de control de costes, que no dejan de incrementarse debido al desarrollo tecnológico, al crecimiento y envejecimiento de la población, así como a patrones de conducta frente a la enfermedad y la imagen personal cada vez más “consumistas”. Todo ello manteniendo o mejorando, si cabe, la calidad de la asistencia.

Los puntos de partida fueron diferentes en los diferentes países, según su situación política. En el siglo XX una gran parte de Europa ha vivido dos guerras mundiales, duros periodos de posguerra y algunos países tenían regímenes autoritarios, que han dejado paso a sistemas democráticos en diferentes momentos de la segunda mitad del siglo XX. España, Portugal y Grecia, tenían en común para las reformas sanitarias el partir de una profunda crisis económica tras sus procesos de transición de un régimen autoritario a uno democrático⁴. Alemania llevaba varias décadas de ventaja en cuanto a régimen democrático, si bien a finales de la segunda guerra mundial su situación era también desoladora. Hoy se enfrenta, igual que los demás países, a los mismos problemas de envejecimiento de la población y de explosión de gastos sanitarios.

En los últimos 20 años casi todos los gobiernos de los países industrializados han coincidido en revisar la organización, el funcionamiento y la financiación de los servicios sociales públicos. Sin embargo, ningún gobierno ha querido agrietar la estructura de solidaridad que presiden los servicios sociales, ni modificar el concepto de

redistribución y equidad, ni menoscabar el derecho a la jubilación, a pesar de muchos ajustes y reformas sanitarias. Así, los objetivos de los diferentes gobiernos generalmente son más inmediatos: adecuar los servicios a la realidad económica, ajustándolos a los límites presupuestarios, reduciendo en lo posible las ineficiencias, la rigidez burocrática, encajar las nuevas tecnologías, y teniendo en cuenta que la estructura descentralizada de muchos países, como los *Länder* de Alemania o las CCAA de España influye en la forma de organizar su sistema sanitario.

En general ningún sistema cuenta con una forma pura de financiación, combinando los impuestos, cuotas de seguridad social, seguros privados y contribuciones directas del paciente. Las formas de proveer asistencia médica también son variadas con mayor o menor peso de instituciones públicas y privadas. El resultado consiste en la coexistencia de diferentes modelos sanitarios con diferentes formas de financiación, provisión y organización de servicios.

Se distinguen dos tipos de modelos sanitarios dentro de la filosofía occidental del Estado de Bienestar⁵: el llamado “modelo Bismarckiano” y el “modelo Beveridge”.

1.1. LOS MODELOS SANITARIOS EN EUROPA

a) El “modelo Bismarckiano” se basa en contribuciones obligatorias a fondos de la seguridad social o a cajas de enfermedad por ramas profesionales, por parte de trabajadores o asalariados y de empresarios, siendo la asistencia sanitaria gestionada por proveedores públicos o privados concertados, y siendo menor la participación del Estado. Es el sistema de Alemania (mentor de este sistema a partir de 1883), Austria, Francia, Bélgica, Holanda, Luxemburgo y Grecia.

- Se realizan cotizaciones a la seguridad social
- El sistema está organizado en cajas de enfermedad por ramas profesionales
- Las personas desempleadas o inmersos en la economía sumergida, están cubiertos por el servicios públicos de tipo asistencial
- Las cajas de enfermedad del sistema públicas contratan los servicios sanitarios a proveedores públicos o privados con o sin ánimo de lucro.
- Existen ciertas diferencias en la provisión de servicios y condiciones de acceso
- Los facultativos son pagados por acto médico
- Gran libertad de elección y mayor satisfacción por parte del usuario
- Sistemas más caros

- Menor lista de espera que en los sistemas con servicio nacional de salud (sistemas “Beveridge”)

b) El “modelo Beveridge¹” es aquél en el que predomina la financiación vía impuestos, donde la cobertura es universal y gratuita, y en el que el Estado juega un gran papel. Está establecido en el Reino Unido, Irlanda, Dinamarca, Finlandia, Suecia, Italia, Portugal y España. Este modelo se ha sometido a múltiples reformas, generalmente tendentes a la descentralización o transferencia de autoridad del nivel estatal al regional, para estimular la mejora de la provisión, favorecer la mejor distribución de recursos según necesidades y reducir inequidades. Las características principales son:

- Financiación a través de impuestos sobre la renta e impuestos indirectos
- Los proveedores son mayoritariamente centros propiedad del Estado
- Los servicios son iguales para todos los usuarios
- Cobertura universal como derecho de ciudadanía
- Los profesionales sanitarios son trabajadores públicos asalariados
- Mayor grado de equidad e impacto redistributivo más acentuado
- Son sistemas menos caros en términos de gasto sobre el PIB

¹ El barón William Henry Beveridge (Bangladesh, 1879 - Oxford, 1963) fue un economista y político británico, artífice de la creación de los planes sociales avanzados en beneficio de los trabajadores.

- Gobernabilidad y gestión menos dificultosa
- Mayores listas de espera

Gran Bretaña crea su National Health Service en 1946. Los países del sur de Europa adoptaron un modelo de Sistema Nacional de Salud (SNS) relativamente tarde en términos comparativos: Italia en 1978, Portugal en 1979, Grecia en 1983 y España en 1986 con la Ley general de sanidad.

Rasgos comunes entre ambos sistemas:

- El gasto público predomina sobre el privado
- La cobertura es prácticamente universal
- Ofrecen un amplio paquete de servicios
- Se trata de grandes sistemas con alta carga burocrática
- Presentan una considerable rigidez organizacional de los servicios públicos
- Comparten un espíritu común de solidaridad, equidad, accesibilidad y, desde los años 90 sobre todo, de eficiencia.
- Existe cierto grado de libertad (mayor en el sistema bismarckiano) de elección para el usuario y autonomía para los proveedores.

PERSPECTIVA EUROPEA PARA EL FUTURO

Los países de la Unión Europea se adhieren a la primera estrategia comunitaria en materia de salud, reflejada en el “libro blanco” de la Comisión Europea⁶. En el mismo se refiere que los Estados miembros son los principales responsables de la política sanitaria y la prestación de atención sanitaria a los ciudadanos europeos. En el caso de las grandes amenazas para la salud y de ciertas cuestiones que tienen un impacto transfronterizo o internacional, como las pandemias y el bioterrorismo, así como aquellas relacionadas con la libre circulación de mercancías, servicios y personas, los Estados miembros no pueden responder suficientemente como actores únicos.

El importante papel de la Unión Europea en el campo de la política sanitaria ha sido reafirmado en el Tratado de Reforma acordado en Lisboa por los Jefes de Estado y de Gobierno el 19 de octubre de 2007, que propone reforzar la importancia estratégica de la salud. Se pone de relieve la vinculación entre salud y prosperidad económica, y se reconoce el derecho de las personas a decidir sobre su salud y atención sanitaria. Las acciones de la estrategia conciernen a la salud en todos los sectores. La salud aparece en artículos del Tratado relativos, entre otras cosas, al mercado interior, el medio ambiente, la protección de los consumidores, los asuntos sociales —incluidas la salud y la seguridad de los trabajadores—, la política de desarrollo y la investigación.

Los pilares sobre los que se apoyan las estrategias del mencionado libro blanco son:

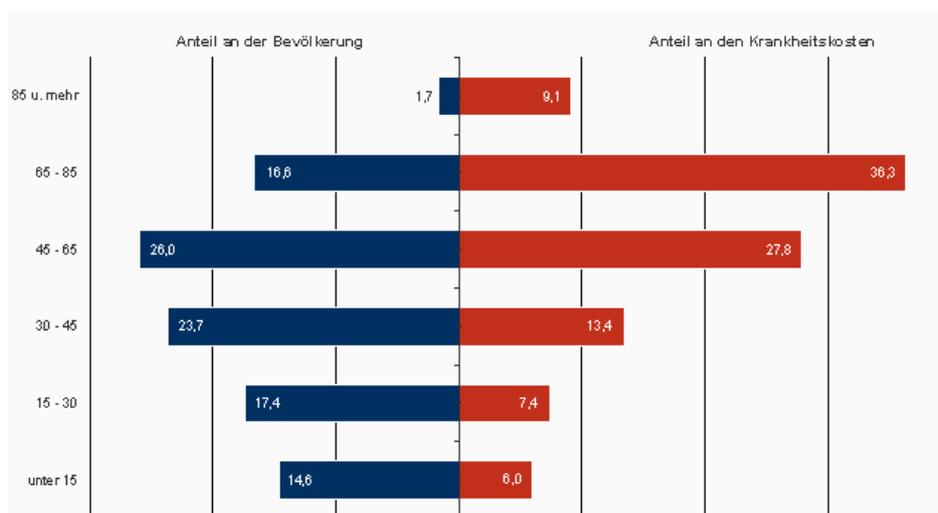
Envejecimiento de la población:

En base a la evolución demográfica están cambiando los patrones patológicos, lo cual pesa sobre la sostenibilidad de los sistemas sanitarios de la UE. El envejecimiento de la población, resultado de unas bajas tasas de natalidad y de una longevidad cada vez mayor, es un fenómeno bien conocido. De aquí a 2050 el número de personas de 65 años o más crecerá en un 70 %. La categoría de personas de 80 años o más lo hará en un 170 %⁷.

Es probable que esta evolución se traduzca en una mayor demanda de atención sanitaria, pero también en una disminución de la población activa. Como consecuencia de todo ello, el gasto sanitario podría incrementarse en un 1 % a un 2,3 % del PIB de los Estados miembros de aquí a 2050. Por término medio, ello representaría un incremento de alrededor un 25 % en el gasto en atención sanitaria como parte del PIB.

En la figura 1 se refleja en azul el porcentaje de la población según diferentes tramos etarios y el correspondiente gasto sanitario. Se aprecia que los mayores de 65 años aglutinan el 45% de todo el gasto sanitario.

Figura 1: Repartición del gasto sanitario según tramos etarios. Año 2004.



Fuente: Bundesstatistikamt (Oficina federal de estadística).. Leyenda: En ordenadas: tramos etarios. En abscisas en azul oscuro o parte izquierda: Población (%). En abscisas en rojo o parte derecha: Gasto sanitario (%).

Sin embargo, según las proyecciones de la Comisión, si la población, aun viviendo más años, se mantiene con buena salud, la subida del gasto en atención sanitaria resultante del envejecimiento se reduciría a la mitad⁸.

Con todo, se pretende favorecer el envejecimiento *saludable*, promover la salud a lo largo de toda la vida, a fin de prevenir desde una edad temprana los problemas de salud y las discapacidades. El envejecimiento saludable debe apoyarse con acciones de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad a lo largo de toda la vida, abordando factores clave como la alimentación, la actividad física, el consumo de alcohol, drogas y tabaco, los riesgos medioambientales, los accidentes de tráfico y los accidentes domésticos.

Habida cuenta de la creciente presión que ejercen sobre las finanzas públicas la evolución demográfica y otros retos, es de vital importancia velar por que las acciones adoptadas sean eficientes y efectivas.

A su vez se debe luchar contra las desigualdades en materia de salud asociadas a factores sociales, económicos y medioambientales. Estos aspectos están relacionados con el objetivo estratégico general de solidaridad de la Comisión.

Amenazas potenciales para la salud:

Las pandemias, los incidentes físicos y biológicos graves y el bioterrorismo suponen acuciantes problemas potenciales para la salud. El cambio climático está en el origen de nuevos patrones de enfermedades contagiosas. La coordinación y la respuesta rápida a las amenazas para la salud a escala mundial, así como el refuerzo de las capacidades de la CE y de

terceros países en este ámbito, son un componente esencial de la misión de la Comunidad en materia de sanidad.

Nuevas tecnologías:

Los sistemas de atención sanitaria han evolucionado mucho en los últimos años, en parte como consecuencia del rápido desarrollo de nuevas tecnologías (tecnologías de la información y la comunicación, innovaciones en genómica, biotecnología y nanotecnología), que están revolucionando la forma en que se fomenta la salud y se predice, previene y trata las enfermedades. Estos aspectos están relacionados con el objetivo estratégico general de prosperidad de la Comisión, asegurando así un futuro competitivo y sostenible para Europa.

El Libro Blanco establece una estrategia hasta el año 2013, momento en que tendrá lugar una revisión con vistas a la definición de nuevas acciones en pos de los objetivos marcados.

Para cumplir sus objetivos, el libro blanco se basa en 4 principios fundamentales de la acción comunitaria en materia de salud

PRINCIPIO Nº 1: Valores sanitarios compartidos

En junio de 2006, el Consejo adoptó una Declaración sobre los valores y principios comunes de los sistemas sanitarios de la UE, que enuncia como valores esenciales:

- Universalidad
- Atención sanitaria de calidad
- Equidad

- Solidaridad

El Consejo también invitó a la Comisión a tener en cuenta e integrar la dimensión de género⁵, que se verá reforzada con la nueva estrategia.

También se hace hincapié en la potenciación del papel activo de los propios ciudadanos en su atención sanitaria y la toma de decisiones.

Los valores asociados a la mejora de la salud deben incluir la reducción de desigualdades sanitarias y el fomento de buenas prácticas. Aunque muchos europeos disfrutan de una vida más larga y más sana que generaciones anteriores, subsisten grandes desigualdades sanitarias entre regiones, entre Estados miembros y dentro éstos, así como a escala mundial. Así, por ejemplo, aunque la población europea en su conjunto está envejeciendo, las diferencias de esperanza de vida en el nacimiento entre los países de la UE son de 9 años para las mujeres y de 13 años para los hombres, y las tasas de mortalidad infantil de los países peor situados pueden ser 6 veces superiores a la de los más avanzados⁹.

Por último, la política sanitaria debe basarse en los mejores conocimientos científicos disponibles y para ello se desarrollará un sistema de indicadores de salud de la Comunidad Europea dotado de mecanismos comunes para la recopilación de datos comparables a todos los niveles (ejemplos: HELICS, EWGLINET, etc.), así como una estrecha cooperación con países como los EE.UU. o Japón y con organizaciones internacionales como la OCDE y el Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas Sanitarias¹⁰.

PRINCIPIO Nº 2: La salud es el tesoro máspreciado

Aparte del bienestar de los particulares, una población sana es un requisito indispensable para la productividad y para la prosperidad económica.

En 2005 se incluyó como Indicador Estructural de Lisboa el número de años de vida saludable (AVAC o QALY), para resaltar que la esperanza de vida saludable —y no únicamente la longevidad— es un factor clave para el crecimiento económico.

En el Informe de la Comisión al Consejo Europeo de primavera de 2006 se exhortaba a los Estados miembros a reducir el elevado número de personas inactivas por problemas de Salud.

PRINCIPIO Nº 3: La salud en todas las políticas (la iniciativa HIAP)

La salud de la población es considerada no sólo un asunto de política sanitaria, sino algo en que se deben involucrar también otras políticas comunitarias, como la política regional y de medio ambiente, la fiscalidad del tabaco, la reglamentación de los productos farmacéuticos y los productos alimenticios, la salud animal, la investigación y la innovación en el ámbito de la salud, la coordinación de los regímenes de seguridad social, la sanidad en la política de desarrollo, la salud y la seguridad en el trabajo, las tecnologías de la información y comunicación (TIC), la protección contra la radiación, así como la coordinación de las agencias y servicios que regulan las importaciones.

El desarrollo de sinergias con estos y otros sectores es crucial para una política comunitaria sólida en el ámbito de la salud. La Comisión se compromete a establecer alianzas para promover los objetivos de la estrategia,

en particular con las ONG, la industria, el mundo académico y los medios de comunicación. A su vez establece lazos directos con otras agencias pertinentes de las Naciones Unidas, la OMS, el Banco Mundial, la Organización Internacional del Trabajo, la OCDE o el Consejo de Europa, así como con otros socios y países estratégicos.

La globalización significa que tanto los problemas como las soluciones en materia de salud traspasen fronteras. Un claro ejemplo es la lucha coordinada contra el VIH/SIDA en la Unión Europea. También se plasma esta filosofía transfronteriza en la aplicación de acuerdos internacionales en el ámbito de la salud como el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y la existencia de varias asociaciones internacionales (Alianza Cooperativa Internacional, que a su vez creó la Organización Internacional de Cooperativas de Salud, IHCO, para citar sólo algunas).

PRINCIPIO Nº 4: juntos por la salud: puesta en práctica de la estrategia

Para el mecanismo de puesta en práctica para conseguir los resultados concretos en la mejora de la salud, como establece el Tratado, los Estados miembros deben participar activamente en la puesta en práctica de la estrategia en razón de las responsabilidades que le incumben en materia de salud en el terreno local, regional y nacional y de la necesidad de respetar el principio de subsidiariedad.

A tal fin, la Comisión creará un nuevo mecanismo de cooperación estructurada a escala comunitaria que tendrá por misión asesorar a la Comisión y promover la cooperación entre los Estados miembros.

Este mecanismo incluirá una nueva estructura con los Estados miembros que sustituirá a algunos comités existentes. Este mecanismo de cooperación se encargará de asistir a la Comisión en la identificación de prioridades, la definición de indicadores, la elaboración de orientaciones y recomendaciones, la promoción del intercambio de buenas prácticas y la evaluación de los progresos registrados. Ofrecerá asimismo oportunidades para la participación local y regional.

La Comisión llevará a cabo una acción intersectorial y asegurará la coherencia con otros organismos que abordan cuestiones relacionadas con la salud, como la Comisión Administrativa y el Comité de Protección Social.

La Comisión seguirá apoyándose en la experiencia de organismos tales como el Foro de la Salud, el Foro europeo «Alcohol y Salud» y la plataforma «Alimentación, Actividad Física y Salud».

Las acciones en el marco de la presente Estrategia se financiarán mediante instrumentos financieros existentes hasta el fin del marco financiero actual (2013), sin consecuencias presupuestarias adicionales.

Los planes de trabajo anuales del Segundo Programa de Acción Comunitaria en el Ámbito de la Salud, recientemente adoptado, serán un instrumento clave en apoyo de los objetivos de la estrategia. Sustituyen al actual Programa de Salud Pública (2003-2008), y persiguen tres objetivos generales: mejorar la seguridad sanitaria de la ciudadanía, promover la salud en beneficio de la prosperidad y la solidaridad, y generar y difundir conocimientos sobre la salud.

Las acciones en virtud de otros programas y estrategias comunitarios, como la estrategia en materia de salud y seguridad en el trabajo (2007-2012), también desempeñarán un papel importante.

Otros programas comunitarios aportan también financiación al ámbito de la salud, por ejemplo el Séptimo Programa Marco de Investigación y los programas de política regional.

1.2. EL CONTEXTO

1.2.1. Datos demográficos y macroeconómicos

1.2.1.1. Alemania y España

Alemania tiene 82.000.000 habitantes, casi el doble que España. Su territorio es más pequeño y la densidad poblacional duplica con creces la española. Se encuentra con una población cada vez más envejecida, donde los mayores de 65 años suponen más del 18%. En España suponen más de un 16%. En Alemania no se realiza un censo popular desde 1987. En 2006 el Parlamento de la nación (Bundestag) consiguió votar a favor de la realización de un nuevo censo para el año 2011, con el precepto de cuidar especialmente aquellos asuntos que suscitaron las protestas del censo anterior. En España el último censo se realizó en 2001.

Los índices de competitividad son mejores en Alemania que en España. La renta per cápita es superior que en España, aunque ajustado por poder de compra las diferencias son menores.

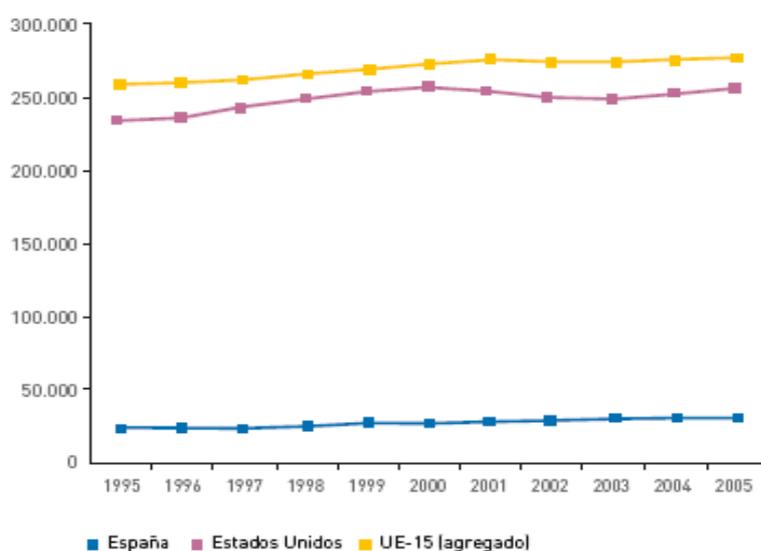
En términos de PIB, Alemania ocupa en 2007 el tercer puesto en Europa y España el octavo¹¹, cuando en el año 2006 España aún ocupaba el puesto 14, según datos de la OECD.

En el año 2007, en lo referente a PIB/cápita, Alemania ocupa el puesto 19 con unos 30.000 euros anuales y España el puesto 25 con 23,937 euros/año.

Alemania ocupa el lugar 16 y España el puesto 19 a fecha de 18 de septiembre 2008 en términos de PIB per cápita ^{IV}. Es decir, ambos países, y sobre todo España, mejoran su posición relativa.

En cuanto a PIB por hora trabajada, Alemania se halla en el 8º (habiendo subido en los últimos años) y España en el 17º lugar (habiéndose mantenido en los últimos años). España se situaba en un nivel del 80,1% del norteamericano en 1990, mientras que en 2004 sólo llegaba al 71,8%. La competitividad de la economía española, en estos términos, ocupa últimos lugares en la lista de países europeos¹². Alemania, por el contrario, mantiene primeros puestos, tras Finlandia.

Figura 2: PIB/hora trabajada



Fuente: OECD Productivity Database, Septiembre 2006.

Las subidas y bajadas de “puesto” no significan forzosamente mejora o empeoramiento de los respectivos países. Los demás países también juegan

^{IV} Estadística de la OCDE (<http://stats.oecd.org/WBOS/Index.aspx?DatasetCode=CSP2008>)

un papel y pueden desplazar a otros hacia arriba o abajo, al empeorar o mejorar, respectivamente.

También cabe mencionar que la dispersión de la renta per cápita interregional dentro del país es mayor en Alemania que en España¹³, 28% frente a un 18%; es decir la homogeneidad de las economías domésticas es mayor en España que en Alemania.

El número de hijos por mujer fértil es similar en ambos países y la edad de la madre primigesta, a su vez, ronda los 30 años (figura 3).

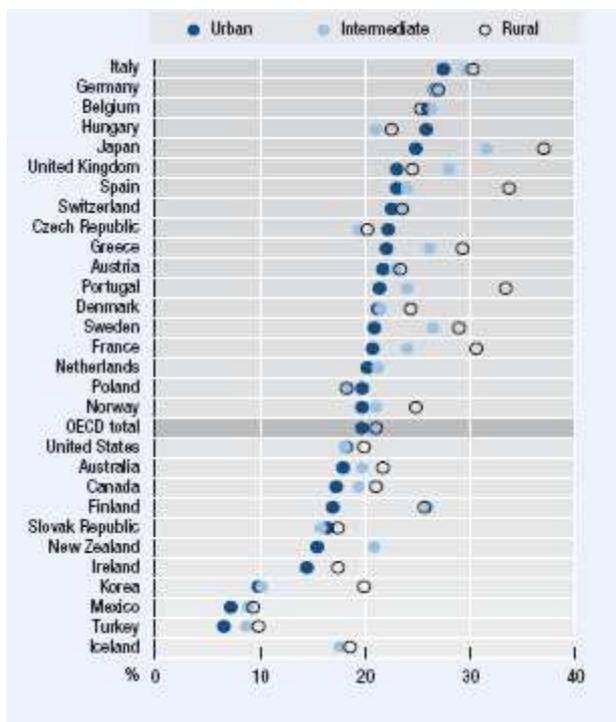
Figura 3: Datos demográficos Alemania y España

	Alemania	España
Habitantes	82.000.000 (66 millones + 16 millones)	46 millones (56%)
Extensión	357.104 km ²	504.782 km ² (141%)
Hab/km ²	220	91 (40%)
Renta/cápita	32.720 € (35.442 \$ PPP)	21.999€ (33.546 \$ PPP)
Ranking competitividad OCDE 2008/09	5	29
Ranking PIB/hora trabajada	8	17
Tasa de natalidad	8,25	10,96 (95%)
Edad de ♀ al tener 1º hijo	30	31
Nº de hijos/mujer	1,31	1,38
Mayores de 65 años	18,9%	16,6 % (87%)
% de extranjeros	10	9,8

Nota: Entre paréntesis se representa el porcentaje del valor respecto a Alemania. PPP = paridad por poder de compra

La dispersión de la población en países europeos en función de la edad y el índice de dependencia se reflejan en la figura 4. Se aprecia que en Alemania la población está más homogéneamente distribuida, mientras que en España la población mayor se concentra mucho más en las áreas rurales. Esto es muy notorio en Castilla y León, al revés que en Baviera donde la relación población rural/urbana es mucho menor.

Figura 4: Razón de dependencia del anciano (población mayor/población activa) en función de áreas urbanas/intermedias/rurales.



Fuente: OCDE 2003. (Spain: España; Germany: Alemania)

1.2.1.2. Baviera y Castilla y León

Baviera

El Estado federal o *Bundesland* o sencillamente *Land* „*Bayern*“ o „*Freistaat Bayern*“ (Baviera) es el Estado federal de mayor superficie de los 16 que componen Alemania. Con 70.551,57 km² supone el 20% de la superficie de Alemania^V. Esta singularidad de mayor extensión la comparte con Castilla y León.

Bayern (Baviera) se divide en 7 provincias o circunscripciones administrativas o gubernamentales (*Regierungsbezirke*), presididas cada una por un Presidente nombrado por el Ministro de Interior de Baviera:

Unterfranken	—	Baja Franconia
Oberfranken	—	Alta Franconia
Mittelfranken	—	Franconia central
Oberpfalz	—	Alto Palatinado
Schwaben	—	Suabia
Oberbayern	—	Alta Baviera
Niederbayern	—	Baja Baviera

Figura 5: Baviera y sus provincias con sus capitales

^V Bayerisches Statistikamt. <http://www.statistik.bayern.de/wahlen/landtagswahlen/>



La capital es München (Múnich).

A comienzos del siglo XIX vivían en Baviera unas 3,5 millones de personas. Hoy, aun después de la secesión del palatinado (Pfalz) a las orillas del Rin en 1946 tras la capitulación alemana, Baviera cuenta con más de 12 millones de habitantes.

El crecimiento se debe principalmente a las elevadas tasas de natalidad hasta la mitad del siglo XX aproximadamente, la afluencia de refugiados después de la capitulación en 1945 (lo que supuso un incremento de la

población en más del 25%), especialmente de la zona de Mähren, Sudetenland (actualmente Chequia), Silesia, los Balcanes y Hungría, así como por la afluencia en las últimas décadas de ciudadanos y trabajadores desde otras zonas de Alemania y del extranjero, al ser Baviera un lugar muy atractivo económica-, social- y culturalmente.

La política de descentralización tras la 2ª guerra mundial, con ubicación de la población por parte de las fuerzas aliadas en zonas rurales, dada la gran destrucción, en parte completa, de muchas ciudades, hizo que el tejido empresarial en Baviera (y en casi toda Alemania) sea bastante homogéneo, es decir, repartido tanto en áreas urbanas como rurales, aunque esta filosofía ya se intentó aplicar en la era de la industrialización a partir de 1870, si bien Baviera comenzó a industrializarse con bastante retraso con respecto al resto de Alemania. La política de descentralización persiste en la actualidad y muchas medianas, y algunas grandes, empresas están ubicadas en zonas alejadas de núcleos urbanos (por ej. la firma Adidas S.A. y Puma S.A. tienen su sede y fábricas en un pueblo de unos 23.000 habitantes).

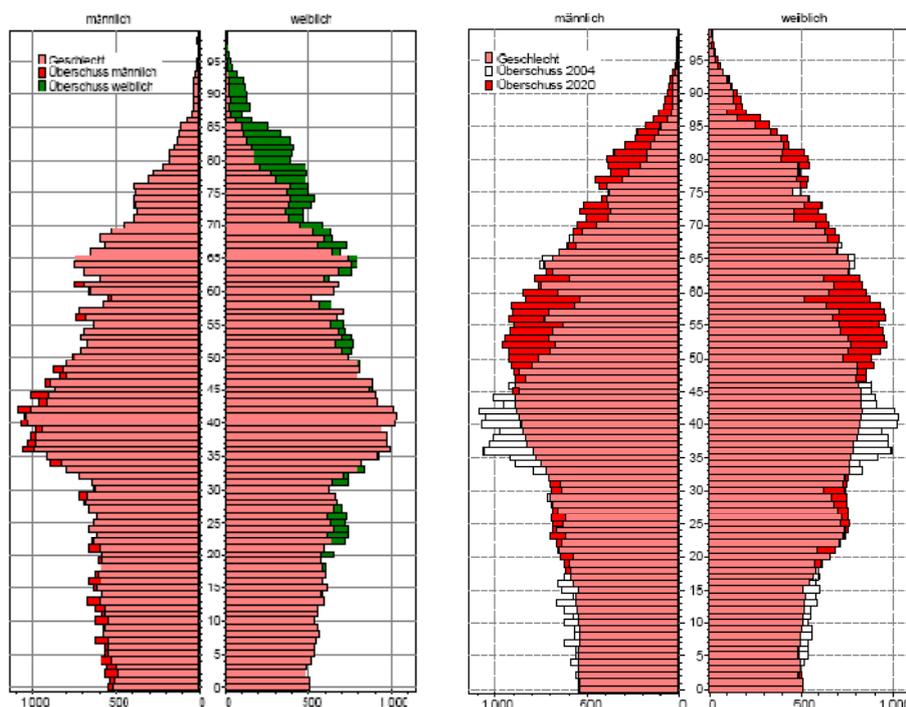
En el año 2006 vivían en Baviera 12.492.658 de habitantes, el 15% de la población alemana¹⁴. Baviera es el segundo Estado federal en número de habitantes, tras Nordrhein-Westfalia.

La densidad de población es de unos 177 habitantes/km² (220 habitantes/ km² en Alemania), siendo una de la más bajas de Alemania, a excepción de algunos Estados federales de la antigua RDA. Los núcleos urbanos más importantes son su capital Múnich (1,3 millones de habitantes y 3ª ciudad más grande de Alemania detrás de Berlín y Hamburgo, y 1ª ciudad en

densidad de población, delante de Berlín)^{VI}, Nuremberg (500.000 habitantes) y Augsburgo (262.000 habitantes). También se agrega mucha población en la región de los Alpes. En Alemania los Estados federales del sur tienen mayor longevidad que los del norte. También poseen mayor poder adquisitivo. Esta circunstancia engloba en lo que se llama la pendiente “norte-sur” del nivel de vida en Alemania.

La evolución de la estructura poblacional por edad y género se representa en las siguientes figuras, donde se aprecia un progresivo envejecimiento de la población.

Figura 6: Pirámide poblacional de Baviera del año 2004 (pirámide izquierda) y 2020 (pirámide derecha). En miles de personas.



Leyenda: männlich = hombres; weiblich = mujeres. Pirámide de la izquierda: En verde sombreado (parte dcha. de la grafica izq) se representa el exceso de mujeres que hay respecto a los hombres (postguerra) y en rojo o sombreado más claro el exceso de hombres respecto al de mujeres. Pirámide de la derecha: en blanco o sombreado muy claro el exceso en 2004 y en rojo el exceso en 2020).

^{VI} Statistisches Bundesamt, Wiesbaden (Oficina federal de estadística). www.destatis.de

En la figura 6 las muescas de la pirámide poblacional denotan los acontecimientos histórico-políticos (guerra mundial) con exceso de mujeres en edades avanzadas, pero también la recesión de los nacimientos a partir de los años 60 por el uso de anticonceptivos (la “muesca de la píldora”) y la disminución de la fecundidad. En los últimos diez años existe nuevamente una mínima tendencia a incrementar la balanza a favor de los nacimientos.

Baviera, al igual que su vecina occidental Baden-Württemberg, por ser potentes motores económicos, es un foco atractivo para la inmigración, y ha tenido entre 1995 y 2005 un incremento de la población del 4% (0,6% en Alemania). Baviera posee el saldo migratorio más alto de Alemania, entre 1995 y 2005 entraron 497.000. Baviera es el 2º Land que más solicitantes extranjeros de asilo acoge (14,8%), siendo sólo superado por Nordrhein-Westfalen (21,8%)^{VII}. La mayoría de inmigrantes proceden de países del antiguo bloque soviético.

Actualmente hay más personas mayores de 65 años (18,5%) que menores de 15 años. Un 4,5% tiene más de 80 años. Esta situación no es muy diferente en el resto de Alemania, ni en Castilla y León.

La esperanza de vida con más de 81 años de media la segunda más alta del mundo, detrás de Japón.

^{VII} Fuente: Ministerio Bávaro de Trabajo y Orden Social, Familia y Mujer

Castilla y León

La Comunidad Autónoma de Castilla y León surge de la moderna unión de los territorios históricos que componían y dieron nombre a las antiguas coronas de León y Castilla^{VIII}. De esa dualidad de coronas tal vez también surja la falta de mención en dicho estatuto a una capitalidad explícita de la CC.AA^{IX}, relegando esta cuestión a la promulgación de una Ley futura, que no se formularía hasta 1987^X.

Valladolid es la capital de Castilla y León desde 1987.

Las capitales de provincias son los ejes de la vida administrativa y política. Valladolid, la capital autonómica, es la ciudad con mayor número de habitantes, 316.564, según datos del INE del año 2006, y 340.000 según el Plan estadístico de Castilla y León 2006-2009¹⁵. Le siguen Salamanca (167.316 habitantes), Burgos (166.732 habitantes) y León (147.780 habitantes); Palencia tiene 79.867, Zamora 66.010 y Segovia 55.551 habitantes. El resto de capitales no superan los 50.000 habitantes.

El 56,7% de la población de Castilla y León vive en las capitales de provincia. El 21% de los municipios tiene menos de 100 habitantes. Es muy notoria la disparidad entre núcleos urbanos y núcleos rurales. Son mayoritarios los municipios con menos de 100 habitantes; los que tienen entre 500 y 5.000 habitantes sufren una reducción de sus efectivos humanos de forma progresiva y son las capitales de provincia y las ciudades industriales de Ponferrada,

^{VIII} Art. 1 del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, creado en 1983 en virtud del Art. 143 de la Constitución española de 1978, y reformado en 1999 con la Ley Orgánica 4/1999

^{IX} Art. 3 del Estatuto de Autonomía de Castilla y León: “*La Junta de Castilla y León determinará la ubicación de los organismos o servicios de la Administración de la Comunidad, atendiendo a criterios de descentralización, eficacia y coordinación de funciones y a la tradición histórico-cultural*”.

^X Ley 13/1987, de 29 de diciembre, por la que se determina la sede de las instituciones de autogobierno de Castilla y León.

Miranda de Ebro y Aranda de Duero las que ven incrementar su población, acogiendo a más de la mitad de los habitantes de la comunidad.

Castilla y León es la CCAA más extensa de España y la región más extensa de Europa, con más de 90.000 km²; y con sólo 2.523.030 habitantes^{XI} es una de las regiones menos densas de Europa (26,4 habitantes/km²). Suponen el 5,82% de la población española.

Un 22,5% de la población es mayor de 65 años¹⁶, superando en más de 6 puntos la media nacional¹⁷. En Zamora el porcentaje llega hasta el 28% y en Valladolid hasta el 17,8%.

La inmigración es un fenómeno común a toda Europa, si bien España ha experimentado una llegada en los últimos años más pronunciada que otros países de la UE. Entre 1995 y 2005 hubo una llegada de unos 3.500.000 de inmigrantes. Actualmente hay 4.482.568 personas no españolas registradas en España^{XII} (1.738.344 de la Unión Europea y 2.744.224 de otros continentes y Europa no comunitaria), lo que supone alrededor de un 10% de la población española. Castilla y León presenta menor porcentaje de población extranjera, en relación a su población total, que la media nacional: un 3,7% frente a un 9,9%^{XIII}. Castilla y León acoge al 2,6% de todos los inmigrantes en España. La edad media de los 118.951 extranjeros que hubo a finales de 2006 en Castilla y León es de unos 30 años y la mayoría procede de países del este (45,62%) como Bulgaria, Rumanía y Polonia. Otros países de procedencia son Portugal (con tendencia decreciente), Colombia, Ecuador y República Dominicana y, con

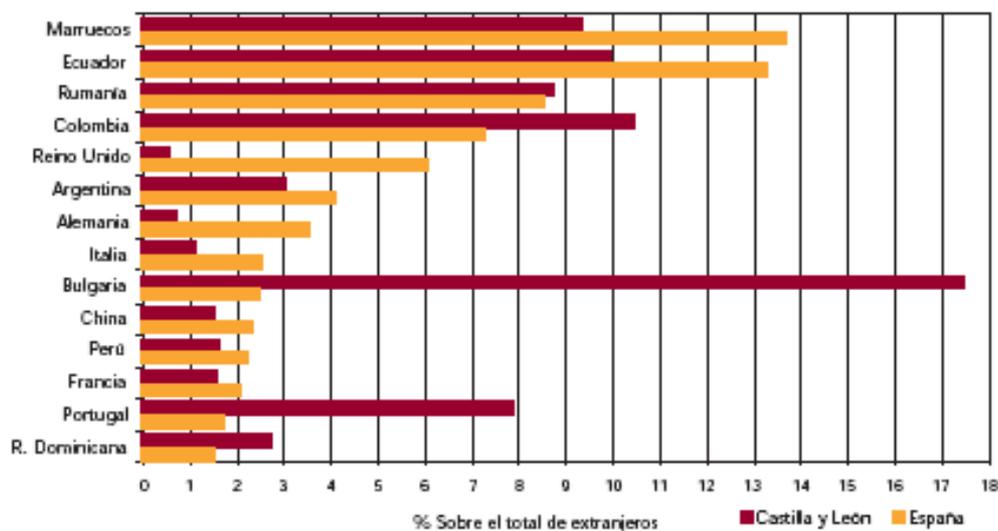
^{XI} Instituto Nacional de Estadística de España , INE 2008

^{XII} Instituto Nacional de Estadística de España, INE 2007

^{XIII} Datos provisionales a fecha de 01/01/2007. INE 2007

tendencia alcista, Marruecos (figura 7). Se estima que las cifras reales son mayores.

Figura 7: Extranjeros en Castilla y León según país de procedencia. Año 2005



Fuente INE: Padrón municipal de habitantes 2005

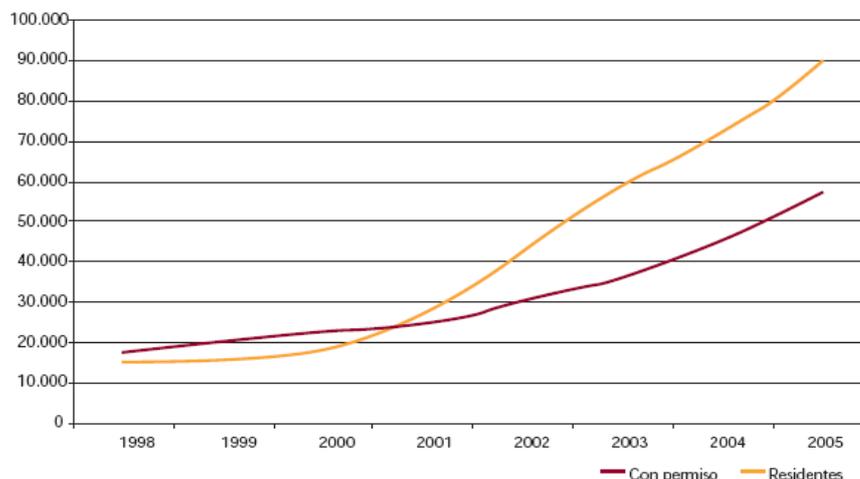
Actualmente hay cerca de 90.000 extranjeros empadronados en Castilla León¹⁸, preferentemente en Valladolid, seguido por Burgos, León y Segovia, y anualmente llegan casi 20.000 personas nuevas a Castilla y León. En el año 2007 había en Castilla y León más de 70.000 extranjeros afiliados a las Seguridad Social¹⁹, lo que en el último lustro supone una triplicación de la cifra. La población búlgara (afincada sobre todo en Segovia) y rumana se ha multiplicado por 300 en 11 años.

Figura 8: Extranjeros con certificado de registro o tarjeta de residencia según CCAA. Año 2007



Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, España

Figura 9: extranjeros residentes y con permiso de residencia en Castilla y León



Fuente: INE y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, España

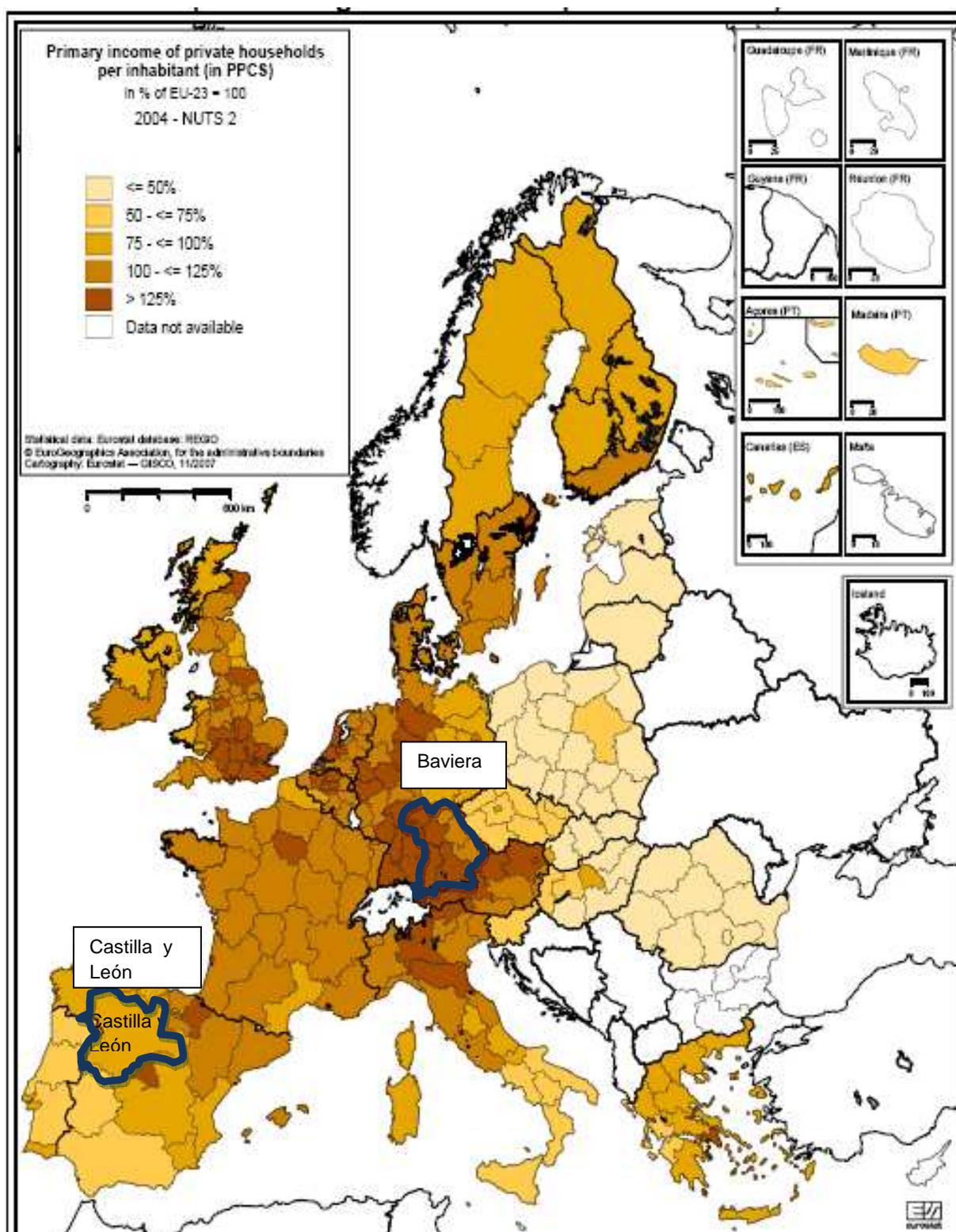
Según los estudios del observatorio autonómico de inmigración, el 5% del PIB de la CCAA de Castilla y León es producido por la población inmigrante. En términos de gasto sanitario ésta consume apenas el 2% del gasto sanitario total de la CA, siendo su nivel de demanda parecido al de los

castellano leoneses. Esta cifra es la más baja de toda España. En otras CCAA con una inmigración masiva, como C.Valenciana, Madrid, Murcia, o Baleares y Canarias, el porcentaje del gasto sanitario público atribuible a la población inmigrante alcanza valores entre un 24% a 40%²¹.

En cuanto al PIB per cápita, Baviera ocupaba en 2000 el lugar 27 de las 268 regiones estadísticas europeas, con un 169% del PIB per cápita respecto a la media comunitaria, detrás de Londres (303%), Luxemburgo (251%), Gran Bruselas, Hamburgo, Ille de France y algunas otras regiones. Castilla y León estaba en el puesto 117.

Se aprecia en la figura 10 que Baviera posee en términos globales mayor riqueza/cápita que Castilla y León. Dentro de cada región existen variaciones interregionales, siendo las zonas “más ricas” en Baviera las del centro sur y oeste, y en Castilla y León la de Valladolid, centro económico más importante de la CA.

Figura 10:Capital neto per cápita en las regiones europeas (Fuente: Eurostat)



En la figura 11 se resumen los datos demográficos y macroeconómicos de las regiones en estudio.

Figura 11: Datos demográficos y macroeconómicos de Baviera y Castilla y León

	Baviera ^{xiv}	Castilla y León ^{xv}
Habitantes	12.492.658	2.493.918 (20%)
Extensión	70.552 km ²	94.200 km ² (133%)
Edad media	41,9	44,5
Dispersión rural/ciudad	Baja	Alta
Hab/km ²	177	27 (15%)
Renta/cápita	32.442 euros (PPP)	22.654 euros (PPP)
Posición media en OCDE de Renta/cápita año 2006	169%	97%
Ranking de competitividad	35	110
Tasa de natalidad (/1000 nacidos vivos)	8,41	7,97 (95%)
Tasa bruta de mortalidad (año 2006): fallecidos/1000 habitantes	9,5	10,54 p=0,02
Tasa de mortalidad neonatal (año 2006): fallecidos/1000 nacidos vivos	3,5	3,84 p=0,22
Esperanza de vida		
hombres	76,8	78,1
mujeres	82,1	84,5

^{xiv} Población según censo 1987 y actualizado el 31/12/2006

^{xv} Plan Estadístico de Castilla y León 2006—2009. www.jcyl.es

Edad de ♀ al tener 1º hijo	29,8	31,65	
Nº de hijos/mujer	1,34	1,11	(82%)
Mayores de 65 años	17,9%	22,5%	(105%)
% de extranjeros	9,4	3,7	(39%)

1.2.2. Organización Política

1.2.2.1. Baviera

Baviera es uno de los 16 Estados federales (*Bundesland*) de la República Federal Alemana y como tal se integra en la estructura del federalismo cooperativo, que caracteriza a este país. Cada Estado federal posee su propia Constitución, que debe estar en consonancia con los principios federales, sociales y democráticos de la Constitución alemana.

Baviera posee una constitución propia desde 1808, cuando era reino. Siempre tuvo una estructura particular dentro de la federación alemana, siendo “Estado libre” (*Freistaat*) desde el siglo 6 d.C. En 1919 entró en vigor la primera constitución *democrática* tras la caída de la monarquía constitucional. Durante el nacionalsocialismo perdió su condición de Estado libre y después de la capitulación el 8 de mayo 1945, este Estado federal se sometió a la ocupación aliada de los EE.UU., siendo uno de los territorios que más tardíamente fueron ocupados por grupos aliados. No se ocuparon Lindau (ciudad en la frontera con Austria y Suiza) y la Pfalz (región sudoccidental), que posteriormente quedaría excluido del Land. El 1 de diciembre de 1946 se votó por votación popular la actual constitución del Estado libre Baviera^{XVI} (*Verfassung des Freistaats Bayern*). La hoy vigente constitución alemana se votó con posterioridad, en 1949, mostrándose la singularidad de que Baviera fue el único *Land* que en una primera vuelta votó en contra de la misma. Finalmente votó a favor, porque se cumplía el precepto que exigía, a saber que

^{XVI} El preámbulo de la constitución bávara de 1946 reza: *Ante el campo de ruinas al que un orden político y social sin Dios, sin conciencia y sin respeto a la dignidad del hombre ha conducido a los supervivientes de la segunda guerra mundial, con la firme decisión de asegurar duraderamente a las futuras generaciones alemanas las bendiciones de la paz, la humanidad y el derecho, el Pueblo Bávaro, recordando su historia más que milenaria, se da la siguiente Constitución democrática...*

2/3 del resto de Alemania votara a favor; de esta manera muchos artículos de la constitución bávara quedaron relegados de forma subsidiaria a la alemana. Baviera es un Estado libre (República) y democrático (*Volkstaat*).

En el mismo año 1946 se celebraron elecciones democráticas al parlamento bávaro (*Landtag*), donde la CSU (*Christlich Soziale Unión*, Unión cristiana y social), partido conservador fundada en 1945, obtuvo la mayoría. Este resultado se ha perpetuado, con mayorías simples o absolutas, ininterrumpidamente en todas las legislaturas hasta hoy en día. Desde el año 1998 las elecciones autonómicas son quinquenales. Desde 2003 la CSU gobierna con una mayoría de 2/3.

A su vez, la CSU ejerce un papel esencial en el gobierno de la nación alemana y se engloba en la ideología, aunque conservando su individualismo, de la CDU de Alemania (Unión cristiano demócrata). Podría ser equiparable, si cabe, con Convergencia i Unió de Cataluña.

Entre 1946 y 1999 Baviera gobernaba, de forma única en Alemania, con un sistema bicameral (Congreso y Senado). El Congreso tenía 180 miembros y el senado 60. En el año 2000 se suprimió la cámara alta, permaneciendo la cámara baja con 180 desde 2003 (entre 2000 y 2003 hubo 204 escaños). Igual que Castilla y León, posee un presidente y varios ministros (consejeros).

Para el senado alemán, Baviera aporta 6 escaños, igual que otros 3 *Länder*; los demás aportan menos.

El tribunal de jerarquía superior es el Tribunal Constitucional de Baviera. En 2006 se suprimió, por referéndum y posterior votación popular, el tribunal superior de justicia del *Land*.

Respecto a las competencias en materia de sanidad, Baviera se rige, al igual que el resto de los *Länder*, por el SGB V. Únicamente tiene competencias propias en materia de salud pública, seguridad alimentaria, ordenación sanitaria, de formación pregrado y especializada y de asociación de profesionales (ver más adelante).

1.2.2.2. Castilla y León

El Consejo General de Castilla y León fue la entidad preautonómica de la Castilla y León (España), que desarrolló su actividad desde la instauración de la democracia en 1978 hasta 1983, año en que entró en vigor el Estatuto de Autonomía.

Castilla y León se rige por su estatuto de autonomía a partir de la Ley Orgánica 4/1983 de 25 de febrero del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, aprobada por las Cortes Generales el 25 de febrero de 1983, y que ha sido reformado en cuatro ocasiones: 1988, 1994, 1999 y 2007 para aumentar las competencias autonómicas y las atribuciones del Presidente de la Junta.

Inicialmente las Cortes se instalaron de forma provisional en Burgos; también se discutió la posibilidad de fijar una capitalidad en Tordesillas, aunque la decisión final fue instalar las Cortes de manera provisional en el castillo de Fuensaldaña. Finalmente, mediante una Ley Orgánica aprobada en 1987, se decidió establecer que la Junta de Castilla y León — *órgano de gobierno y administración de la Comunidad de Castilla y León*— y las Cortes —el órgano legislativo— tuvieran su sede definitiva en la ciudad de Valladolid.

La Junta de Castilla y León, según el Estatuto de Autonomía de Castilla y León, *ejerce la función ejecutiva y la potestad reglamentaria*. Está compuesta por el Presidente de la Junta, los Vicepresidentes y los Consejeros, entre ellos el de Sanidad.

Las competencias transferidas del gobierno central al autonómico son

- Sanidad
- Universidades
- Educación (no universitaria)
- Agricultura
- Empleo

Castilla y León también tiene gobiernos conservadores, igual que Baviera, en todas sus legislaturas²² (autonómicas, municipales y generales) desde la instauración de la democracia española en 1977.

Figura 12: Resumen Organización política

	Baviera	Castilla y León
Territorio	1 <i>Bundesland</i> de entre 16	1 CCAA de entre 17
Democracia	Constitución bávara actual desde 1946	Estatuto autonomía desde 1983, reformado en 1988, 1999, 2007
Carta magna	Constitución alemana actual desde 1949	Constitución española actual desde 1978
Gobierno	Conservador desde 1945 (CSU)	Conservador desde 1977
Cámaras	Unicameral desde 2000: 180 escaños	Unicameral desde 1983 con 83 procuradores (escaños)

1.3. RECORRIDO HISTÓRICO DE LA SANIDAD

Durante muchos siglos el Estado se ocupaba de la defensa y conquista de territorios, del orden público, de la impartición de justicia y de la acuñación de moneda, o sea cuestiones de soberanía. Las necesidades de los desvalidos fueron atendidas por instituciones de caridad, que al principio fueron religiosas, y desde la desacralización en las costumbres durante la revolución francesa a finales del siglo XVIII, laicas y filantrópicas. Se articulaban en un principio de caridad y beneficencia. Nacieron los hospitales municipales, comarcales o locales bajo este principio. Ante tan precaria atención, algunos colectivos crearon compromisos de solidaridad entre iguales constituyendo fondos financieros a los que recurrir en caso de necesidad, apareciendo el *gremialismo de las hermandades*, de donde nacería el *mutualismo*.

El poder soberano se dio cuenta de que controlar la miseria era “rentable”, ya que así podía disponer de un pueblo suficientemente fuerte como para luchar en la guerra y producir en la paz. Los ingleses fueron pioneros instituyendo “Leyes de pobres” aunque se dieron cuenta de que encomendar su ejecutoria a las autoridades municipales —las parroquias— era insuficiente, dado que eran demasiado frágiles para cargar con esa responsabilidad.

Con la aparición del primer proletariado industrial, hace ya más de dos siglos, los desequilibrios sociales hicieron que algunas minorías promoviesen una mayor intervención de los poderes públicos, implantándose en primer lugar una higiene pública como forma de orden social, antes que el socorro al necesitado. Las aportaciones anglosajonas en higiene y epidemiología suponen el nacimiento de la salud pública.

La clase trabajadora más explotada vivía en condiciones precarias, con frecuentes accidentes de trabajo, paro, bajos salarios, muchas bocas que alimentar y enfermedades. Esto fue muy notorio en Alemania donde el desarrollo industrial irrumpió de forma abrupta a mediados del siglo XIX. Ante tal panorama de empobrecimiento “forzoso” ante la enfermedad, surge el sindicalismo, donde adquiere gran auge el movimiento socialista de los trabajadores, que tendría su máxima expresión política en el marxismo, que más que exigir una respuesta del poder, abogaba por acceder a él por medio de su propia organización política. A menor escala nacen los “*sick clubs*” en Dinamarca y las Mutualidades en Inglaterra, asociaciones que por los gobernantes eran vistas con recelo y tildadas de células de actividades sindicales clandestinas. El objetivo consistía en disponer de recursos frente a la incapacidad laboral y el desvalimiento, significando el trabajo la única fuente para obtenerlos. Surgió la corriente del socialismo radical que pretendía tomar el poder de forma revolucionaria, prometiendo organizar la asistencia al proletariado según esa clave.

1.3.1. Alemania y Baviera

El político conservador *Otto von Bismarck*^{XVII}, canciller alemán de la Prusia del antaño imperio alemán (Deutsches Reich, 1871—1918), en el intento de frenar la convulsión social, se adelantó a los acontecimientos instituyendo la asistencia a las masas obreras y, de paso, ligar los intereses de éstas a los de un Estado que la garantice. De esta forma pretendía eliminar la lucha de clases. Aparecen así en Alemania los primeros seguros sociales, pudiendo considerar a este país como gestor de toda una filosofía de modelo sanitario, que hasta hoy en día perdura en gran parte de la Europa occidental.

El primero tipo de todos fue el llamado “Seguro de Enfermedad Estatutario” (SEE) o *Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)*, por decreto imperial, emitido en 1881. El primer seguro SEE se creó en 1883 para los trabajadores de la industria; para los del comercio en 1885 y para los agricultores en 1886, seguidos por seguros de invalidez y vejez (1889). *Moulin*^{XVIII} los califica como elementos de cohesión en las crisis políticas y económicas. Estos seguros obligatorios arraigaron antes en Alemania que en Inglaterra, a pesar de que la revolución industrial surgiera antes en este último país. Esto se debe a que el protagonismo que el Estado adquirió como ente para la plasmación del pensamiento hegeliano y del Idealismo alemán (el Estado es el “poder natural convertido en derecho impositivo” (*Fichte*) y “lo

^{XVII} Otto von Bismarck (Magdeburgo; 1815 - Friedrichsruh; 1898) llamado el *canciller de Hierro*, fue el político prusiano artífice de la unificación alemana.

^{XVIII} Jean Moulin: Héroe Nacional francés, Director del Consejo Nacional de la Resistencia francesa durante la segunda guerra mundial. (Jean Moulin: Anno 1899, † 1943). Fuente : www.britannica.com/eb/article-9053997/Jean-Moulin

esencialmente racional, donde la libertad adquiere su máximo derecho, que es mayor que el del individuo" (*Hegel*), destacaba frente al liberalismo económico del país anglosajón con su *autoprevisión*, donde antes que proteger al indigente, primaba proteger a la sociedad del indigente.

Pero enseguida la idea iba cuajando en todos los países de la Europa industrializada. En 1889 se celebró en París la "Asociación Internacional de Seguros Sociales", celebrándose sucesivamente congresos monográficos en diversas ciudades europeas, sumándose a su vez el Reino Unido desde liberales reformistas, como *William Beveridge*, a socialistas moderados, como los fabianos *Sydney* y *Webb*.

En el momento de su creación el SEE apenas cubría al 10% de la población. Las prestaciones eran escasas. Podemos decir que el SEE presentaba las siguientes características, algunas de las cuales persisten en la actualidad²³:

1. Sólo cubría a los trabajadores en activo.

No se concedía aportación por enfermedad a familiares ni a jubilados. Téngase en cuenta que la esperanza de vida en aquel entonces era baja y se trabajaba casi hasta la muerte. Los seguros por jubilación empezaron a tomar importancia cuando aumentaba la esperanza de vida.

2. Las contribuciones al SEE dependían directamente de los ingresos del asegurado; una parte del salario se pagaba independientemente de la edad, sexo, situación familiar y oficio.

El porcentaje del salario que se pagaba a una caja aseguradora se fijaba en función del gasto total para todos sus miembros, que a su vez dependían del oficio, edad, sexo y salario, resumiendo, en el “riesgo de baja por enfermedad”. En las comunidades solidarias, al estar éstas agrupadas homogéneamente por trabajadores de un mismo ramo, existían “riesgos” equivalentes. Es decir el SEE establecía la contribución según el principio de equivalencia de riesgo. Este principio se veía afianzado por el hecho de que la provisión de prestaciones sanitarias, más que alcanzar el estado de salud óptimo, se limitaba a recuperar la capacidad laboral de sus miembros. El conjunto de características de un miembro contribuyente conformaba la llamada *estructura de riesgo* de la caja (*Risikostruktur*).

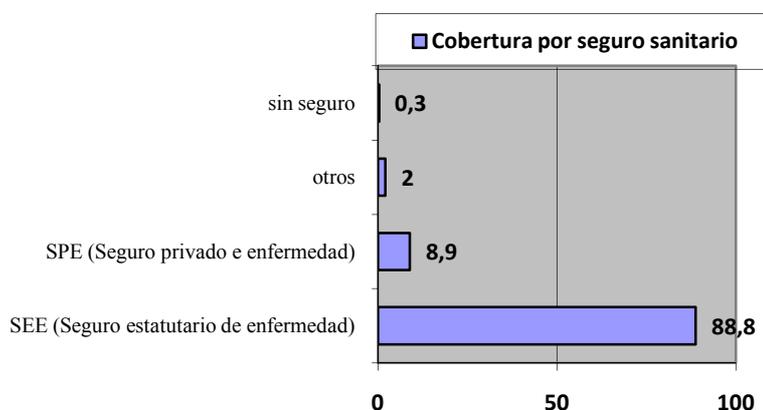
3. El SEE no daba cobertura a toda la población. Se estableció un límite para la obligación a contribuir, de forma que sólo los económicamente más débiles estaban incluidos en el SEE.

El SEE fue concebido como una comunidad solidaria de sujetos que compartían sobre todo la situación económica. El económicamente pudiente pagaba al económicamente más débil (originalmente pagaba el trabajador en activo por el parado), más adelante el miembro soltero por el miembro con familia y el joven por el anciano.

De acuerdo a la concepción general de la relación del individuo respecto a la comunidad, en sus comienzos la ayuda solidaria respondía al principio de subsidiaridad, es decir, cada cual debía afrontar sus riesgos según su capacidad. De esta manera en sus orígenes sólo los menos pudientes estaban incluidos y suponían gasto para el SEE. Posteriormente cedía terreno a la

exigencia de solidaridad, ampliándose el círculo de asegurados y el volumen de prestaciones, llegando a la situación de hoy día. Las proporciones de coberturas se han mantenido constantes en las últimas décadas (Figura 14), alcanzando a más del 96% de la población, hasta la reforma de 2007, que obliga al 100% de la población alemana el estar asegurado (ver más adelante).

Figura 14: Porcentaje de cobertura del seguro de enfermedad en Alemania. Año 1992



Fuente: Ministerio Federal de Sanidad alemán (Bundesministerium für Gesundheit)

4. La proporcionalidad de las contribuciones al SEE con respecto a los ingresos origina un reparto importante de la riqueza.

La financiación del SEE a través de las contribuciones proporcionales a los ingresos de los miembros estaba justificada mientras el objetivo consistía en proporcionar la prestación económica por enfermedad. Hoy en día estas aportaciones han perdido importancia dado que desde 1969 es el empresario quien paga la continuación del salario en caso de enfermedad durante las 6 primeras semanas de la baja (en España el empresario paga los primeros 15 días y sólo si se trata de enfermedad común o accidente no laboral). Actualmente se ha perdido la proporcionalidad de las aportaciones y las

prestaciones, dado el altísimo coste que han alcanzado éstas. Si se mantuvieran las primas per cápita a partes iguales según el gasto total del SEE (gasto total entre número de asegurados), las primas serían impagables para los económicamente más débiles, además no sería políticamente aceptables en un Estado social, como pretende ser Alemania. Un sistema sanitario eficiente y de cobertura universal no pueden concebirse sin un reparto vertical y horizontal, ya sea a través de contribuciones o impuestos.

5. Al SEE no le estaba permitido obtener ganancias. Los miembros asegurados deben ejercer influencia sobre la dirección de las cajas aseguradoras de enfermedad^{XIX} (*Krankenkassen*) a través de representantes elegidos democráticamente.

A pesar de los cambios acaecidos en el desarrollo del SEE, su carácter gremial ha permanecido. Las cajas aseguradoras o cajas de enfermedad son entes sin ánimo de lucro. Sus miembros participan a través de representantes elegidos por votación democrática. Como los empresarios contribuyen en un 50% (anteriormente en un 30%) en las aportaciones, éstos también cuentan con representantes en las cajas genuinas —no en las *cajas sustitutorias* (*Ersatzkasse*), ver más adelante—. La participación de los empresarios responde originariamente al interés de recuperar cuanto antes la capacidad de trabajo del asegurado. También estaba enfocada al hecho de que muchos determinantes de la enfermedad correspondían a determinadas condiciones de trabajo, que los empresarios estaban interesados en mejorar, para así contribuir a conseguir una caja aseguradora “eficiente” o con menores gastos.

^{XIX} Caja aseguradora de enfermedad: Organismo que oferta el seguro estatutario de enfermedad (SEE). El SEE tiene carácter obligatorio. Desde 1911 se unificaron los criterios de cuota y de prestaciones de las cajas gremiales. Posteriormente surgieron las cajas aseguradoras privadas (voluntarias).

La alta carga que supone al empresario alemán esta participación, ha sido objeto de muchos debates que cuestionan a Alemania como lugar atractivo para el empresariado.

El desarrollo posterior del SEE

En la creación del SEE se partió del concepto de comunidades solidarias, grupos reducidos unificados por una característica común, como la pertenencia a un oficio. El espíritu solidario y de reciprocidad era fácil mantener mientras las comunidades eran pequeñas y homogéneas. Sin embargo, una comunidad solidaria pequeña era más susceptible a cargas graves ante un caso de enfermedad grave y, por tanto, costoso.

No obstante, el éxito aparente del SEE se extendió rápidamente a otros grupos sociales, de manera que en 1914 la cobertura había pasado del 10% inicial a un 23%. Casi todos los trabajadores asalariados pertenecían a alguna caja aseguradora del SEE. Este aumento corrió parejo con un aumento de las comunidades solidarias y, consecuentemente, del tamaño de las cajas mediante fusiones de cajas aseguradoras pequeñas. En 1909 existían 23.200 cajas en el Imperio alemán (*Deutsche Reich*), en un 45% con menos de 100 miembros. Poco a poco las cajas más grandes fueron absorbiendo las más pequeñas, de modo que el sentimiento de pertenencia a una caja se fue perdiendo poco a poco, al igual que el de solidaridad. Cada caja establecía libremente sus prestaciones y sus cuotas.

En 1911 se codificó el derecho a prestaciones en el Ordenamiento de Seguros del Reich (*Reichsversicherungsordnung, RVO*). De esta manera las

cajas perdían autonomía para definir y controlar las prestaciones sanitarias por sí mismas, homogeneizándose el catálogo de prestaciones. Los derechos de los asegurados han ido aumentando en el transcurso del tiempo, de forma que se decidió el margen del que debieran disponer todas las cajas por igual para evitar una desmembración del sistema.

Las reducciones introducidas por la RVO —entre otras referentes a la labor médica— y la creciente dependencia económica de los profesionales médicos respecto a las cajas aseguradoras, condujo a la formación de asociaciones médicas, siendo la más potente la *asociación Hartmann* (*Hartmannbund*), que en el acuerdo de Berlín en 1913 y en adelante regiría la relación contractual entre médicos y las cajas^{XX}.

Tras la 1ª guerra mundial y durante la república de *Weimar* (1919-1933) la autonomía y los sectores de influencia de las cajas aseguradoras disminuyeron paulatinamente a favor del sector médico, que fue apoyado fuertemente por la *asociación Hartmann*. Ésta disponía de una rígida organización sindical capaz tanto de imponer los intereses colectivos como de vincular a sus miembros a los acuerdos negociados.

En 1923 se les negó a las cajas por Ley el derecho a negociar individualmente con médicos los contratos de prestaciones sanitarias. En

^{XX} En 1900 el médico Hermann Hartmann de Leipzig escribe una carta al colectivo médico proponiéndole que se asocien los médicos. Se constituyó la “asociación alemana de médicos para la conservación de los intereses colectivo”, que tras la muerte de Hartmann en 1923 cambió al nombre de Asociación “Hartmann”, y que actualmente tiene unos 45.000 médicos afiliados. Entre 1936 y 1949 estuvo prohibida y en 1967 establece lazos orgánicos con asociaciones en Bélgica y Francia, asentando las bases de la asociación europea de médicos generalistas (UEMO). Para médicos contratados y funcionarios se fundó la paralela asociación “Marburg” en 1947, que fue aglutinando a más profesionales médicos (residentes, investigadores, médicos militares, etc.) y actualmente es la asociación médica más grande de Europa, con cerca de 120.000 médicos.

adelante las cajas estaban forzadas a negociar contratos colectivos con representantes de los médicos. A cambio, los médicos se comprometían a garantizar la asistencia para todos los asegurados. A lo largo de la república de *Weimar* las SEE pasaron a encargarse también de la asistencia sanitaria. Paralelamente cambió el concepto de solidaridad: se conservaron las contribuciones proporcionales al salario, pero se eliminó paso a paso la equivalencia contributiva. En 1920 el volumen de actos médicos engulló el 50% de los gastos totales y en 1937 supuso un 70%. A esto se añadía la inclusión de la continuación del pago del salario por incapacidad laboral en los convenios laborales (en 1930 para los empleados asalariados y en 1969 para todos los trabajadores).

La crisis económica y el aumento de la tasa de paro de los años treinta no hicieron sino tensar la capacidad de soportar las cargas económicas de un SEE cada vez más imbuido en pagos. Para paliar esta situación y contrarrestar el gasto, el necesario aumento de contribuciones de los miembros asegurados se complementó con una reducción de las prestaciones. Los honorarios médicos permanecieron inalterados. De este modo, el ministro de trabajo de la República de *Weimar* amenazó con convertir a los médicos en funcionarios del Estado. La *asociación Hartmann* negoció una reducción de los salarios a cambio de mantener la autonomía. Fruto de estas negociaciones entre el *Hartmannbund* y el Estado fue la fundación de las llamadas Asociaciones de Médicos del SEE (*Kassenärztliche Vereinigungen, KV*), con representación regional. A partir de entonces la pertenencia de los médicos a una KV constituyó un requisito imprescindible para tener derecho a tratar a los asegurados en el SEE, conservando los médicos al mismo tiempo su gestión

autónoma. Las KV se convirtieron en el negociador contractual exclusivo de las cajas aseguradoras para la asistencia ambulatoria y, por tanto, en el representante jurídico de sus miembros, los médicos. Éstos percibían unos honorarios globales negociados por las KV con las cajas (sobre la base de un *importe por habitante*), parecido a las iguales en España, y repartidos también por las KV. Se transfirió, a su vez, a las KV la obligación de garantizar la asistencia sanitaria equitativa. El poder de las KV era mayor que el del *Hartmannbund*, de pertenencia voluntaria y, dado su carácter independiente y pertenencia obligatoria para los profesionales médicos, a veces negociaban presupuestos fijos para la asistencia ambulatoria contra los intereses de los médicos.

Durante el Nacionalsocialismo (1933-1945) las KV se convirtieron en entes públicos y obtuvieron el monopolio de la asistencia ambulatoria. Los ambulatorios y policlínicas restantes, que surgieron en 1924 y 1925 como consecuencia a las huelgas médicas y que eran propiedad de las cajas, tuvieron que ser vendidos o disueltos. Los servicios de consultas externas de los hospitales se redujeron a la atención de urgencias.

La estructura tradicional de gestión sanitaria a través de convenios colectivos pasó a convertirse en instrumentos corporativos de dirigismo centralista. Si bien no se llegó a convertir el SEE en un seguro unitario, como se procuró en la llamada “Obra sanitaria del pueblo alemán” (*Das Gesundheitswerk des Deutschen Volkes*) de *Robert Ley*^{XXI}, todas las administraciones de las cajas fueron copadas por directivos nombrados por el

^{XXI} Robert Ley (1890-1945). Desde 1932 fue jefe del Frente Alemán de Trabajo y Jefe de Organización del Partido Nazi

Estado. Se fundó en 1923, además, una KV nacional (*Kassenärztliche Vereinigung Deutschland*), que se superpuso a todas las demás.

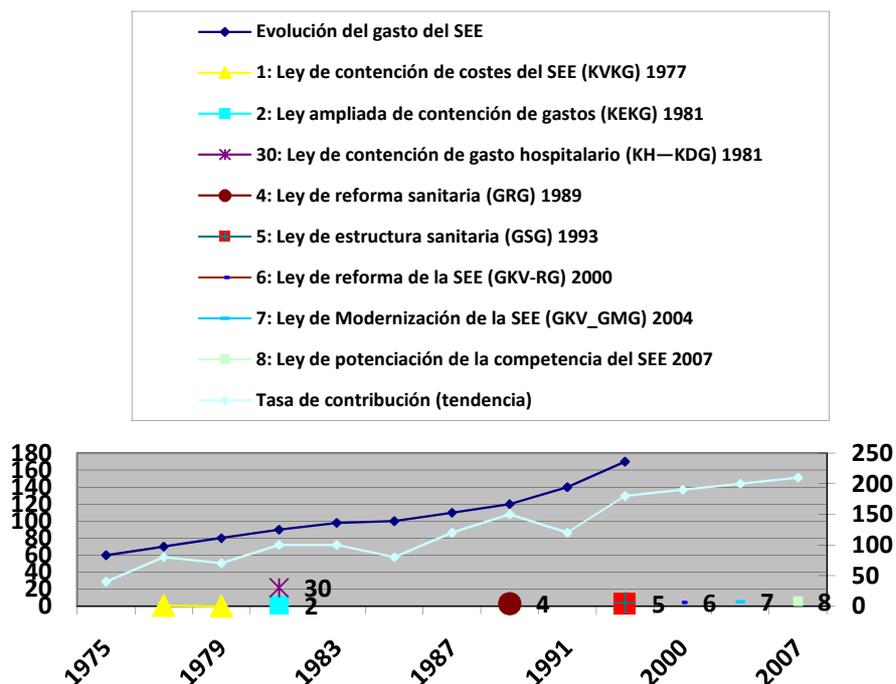
Con la caída del régimen totalitario, en 1951 se reconoció el derecho a la gestión autónoma de los médicos, tal como se había concebido en 1932. En 1955 las KV fueron confirmadas como organizaciones de carácter público y se fundó la Asociación Federal de Médicos contratados por el SEE (*Kassenärztliche Bundesvereinigung, KBV*).

A mediados de los años sesenta se sustituyó el principio de pago a través de importes globales por cabeza (“pago caputivo”) por el de “acto médicos”. Esto conllevó a una gran dotación de las consultas propias de los médicos y una gran extensión de provisión de servicios. Además se levantó la restricción que impedía a los médicos el establecimiento de una consulta propia.

La introducción del principio de pago por acto médico, el libre flujo de médicos, la aparición de nuevos tratamientos gracias a los avances científicos de la segunda mitad del siglo veinte y la subida de los salarios de los médicos debida a la bonanza económica fruto del “milagro alemán”, conllevó a un importante incremento del gasto de las SEE entre los años sesenta y noventa.

Las desventajas de esta explosión se aprecian en tiempos de recesión económica. Los políticos alemanes intentaron aplicar diversas medidas de control del gasto, sin vulnerar el principio básico de cobertura y solidaridad que sustenta el sistema. De esta manera se controlaba el gasto, pero sólo de forma temporal (figura 15).

Figura 15: Evolución del gasto del SEE (en millones de marcos alemanes) y reformas sanitarias más relevantes



Las contribuciones de los jubilados permanecían relativamente invariables, de manera que las cajas que soportaban a más miembros jubilados, sufrían mayor carga económica. A fin de eliminar estas diferencias se instauró en 1977 el seguro de enfermedad especial para los jubilados (*Krankenversicherung der Rentner, KVdR*).

Con la Ley GRG en 1989 se codificó por primera vez la totalidad del derecho de asistencia sanitaria, de manera que se limitó la libertad de acción de las cajas para aumentar las prestaciones, es decir, se homogeneizó la oferta. De alguna manera era un paso en dirección hacia una caja única. A esto se añade el traslado del pago del salario en caso de invalidez laboral al empresario.

En ese intento de unificar prestaciones se procuró también unificar los índices de contribuciones de todas las cajas del SEE.

El efecto de esta medida fue que muchas cajas ofertaban a los jubilados beneficios a fin de atraer a más miembros, ya que el exceso de costes de estas medidas se repartía entre todas las cajas. Esta fórmula desapareció en 1989 con la GRG, que introdujo también en este punto un incentivo para igualar la oferta sanitaria, fijando por Ley que el aumento de prestaciones de una caja no sería compensado por las demás.

Las balanzas de pagos de las diferentes cajas diferían mucho entre sí en función de la bonanza económica de los contribuyentes y las diferentes *estructuras de riesgo* de las cajas (en función del salario del asegurado, edad, sexo y familiares coasegurados principalmente). Los empleados y trabajadores de determinados sectores y regiones poseen la libertad de elegir la caja aseguradora, pudiendo elegir la que oferte el menor índice de contribución. Por el contrario, los asegurados de determinadas regiones o ciertos status laborales, no tenían posibilidad de elección. A la exigencia de una corrección a esta desigualdad respondió la Ley de reforma de organización del sistema estatutario alemán (*Gesundheitsreformgesetz*).

Inicialmente, en 1883, se crearon las *cajas primarias (Primärkassen)*, que posteriormente se llamaron cajas locales (*Ortskrankenkassen*), de carácter local y gremial. Pero paralelamente se diversificó la oferta, creando las llamadas cajas alternativas (*Alternativkassen*), de las cuales emergieron posteriormente las cajas sustitutorias (*Ersatzkassen*), con mayores prestaciones (sobre todo pagas por incapacidad laboral) a cambio de mayores

contribuciones. El atractivo de estas cajas fue debido, por otra parte, a su mayor prestigio, reflejado o mediado por una minuta más elevada que estas cajas pagaban al médico, lo cual se traducían en una mayor disposición del proveedor de salud.

El conflicto surgió a mediados de los años 80, cuando las contribuciones de las cajas locales superaron a las de las cajas sustitutorias.

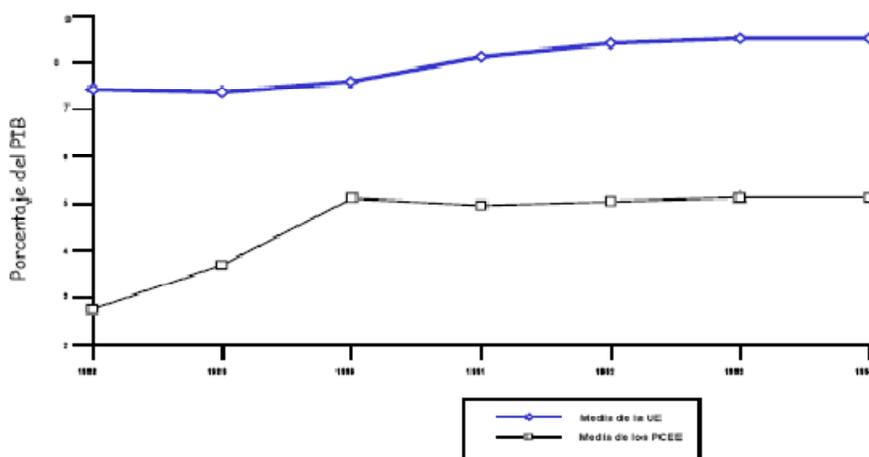
La exigencia de dar libertad de elección era un reclamo social de gran envergadura, frente al intento de homogeneizar no sólo la oferta sanitaria, sino ahora también la demanda sanitaria, es decir, la pertenencia a una caja determinada y su financiación.

Avances en la última década

Hay que tener en cuenta que la caída del muro de Berlín supuso la absorción de las estructuras sanitarias del este por la parte occidental. Las infraestructuras sanitarias distaban del estándar occidental y prácticamente se impuso en todo el modelo occidental. Con el fin de la segunda guerra mundial la Alemania del este (RDA) quedó supeditada a los mandamientos de la antigua URSS.

Las partidas del PIB entre una y otra Alemania suponían una diferencia de 3 a 7 puntos, un 2 a 3 % en RDA frente a un 6 a 8 % en RFA en los años 90 (Figura 16).

Figura 16: Gasto sanitario (% del PIB) en Unión Europea y Países del Centro y Este de Europa (PCEE). Período 1988 a 1994



Fuente: WHO Regional Office for Europe. Health for all database 1998

En 1992 se introdujeron las reformas de *Lahnstein*^{XXII}, donde se reinstauró el principio de libre elección de la caja y el pago de importes fijos según prestaciones, pretendiendo casar así, no sin dificultad, solidaridad y principios de mercado. En 2001 se volvió a restringir la libertad de elección.

La reforma importante sucedió en 2000 con la Ley de reforma del SEE (*GKV-Reformgesetz*) y la Ley de financiación hospitalaria (*Krankenhausfinanzierungsgesetz*).

En 2003 se introdujo la financiación basada en los costes fijos por grupos relacionados de diagnósticos (GRDs), derogando así el sistema de financiación de costes fijos por casuística y algunos complementos (*Fallpauschale*) de 1995.

Resumen de las reformas sanitarias desde 1976:

(Todas las reformas se traducen en cambios en el SGB V)

^{XXII} Lahnstein: Ciudad alemana de Renania-Palatinado

1976: Reducción de la contribución para pensionistas a la seguridad social del 17 al 11% (mandato del SPD).

1977: Ley de Contención de costes del SEE (*Kostendaempfungsgesetz*).

- Introducción de precios máximos para medicamentos.
- Limitaciones en las prestaciones
- Exclusión de medicamentos
- Más copagos para medicamentos, medios de ayuda y atención odontológica

1982: Ley Complementaria de contención de costes (*Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz*).

- Aumento de cantidad de copagos existentes e introducción de nuevos copagos (75 céntimos/fármaco, 2 € por gafas, etc....)

1983: Ley Acompañante de Presupuestos (*Haushaltsbegleitgesetz*).

- Copago de 2,5 € (5 marcos) por estancia hospitalaria, con un máximo de 35 €.

1989: Ley de Reforma Sanitaria (*Gesundheitsreformgesetz, GRG*) de Norbert Blüm^{XXIII}

Primera “gran” reforma sanitaria, con:

^{XXIII} Norbert Blüm: Ministro de Trabajo y Orden Social de Alemania de 1982 a 1998, miembro de la CDU

- Comienzo de la elaboración del seguro de dependencia (génesis del libro XI del Código Social (*Sozialgesetzbuch, SGB*), que se terminaría en 1995)^{XXIV}
 - Introducción de un examen de necesidades de cuidados
- Lista negativa de medicamentos (sobre todo los de efectividad dudosa o de “bagatela”)
- Recortes en la financiación de prestaciones
- Precios fijos de medicamentos
- Aumento de copagos para fármacos, tratamientos odontológicos y estancia hospitalaria (se duplica)

1993: Ley de Estructura Sanitaria (*Gesundheitsstrukturgesetz, GSG*) (compromiso de *Lahnstein*) de *Horst Seehofer*^{XXV}.

- Aprobación final del seguro de dependencia en 1995 (SGB XI)
- Desde 1997 libre elección de caja de enfermedad del SEE para todos los asegurados
- Limitación de la admisión de médicos para la constitución de consulta propia concertada con SEE
- Introducción de la “Compensación de estructura de riesgo” (*Risikostrukturausgleich, RSA*) entre *todas* las cajas del SEE (ver capítulo de Financiación).

^{XXIV} SGB: Sozialgesetzbuch (Código Social de Alemania) iniciado en 1969. Incluye todas las leyes del derecho social en Alemania. Consta de 12 tomos. El libro 5 (SGB V) engloba el seguro estatutario de enfermedad (entrada en vigor en 1989), el SGB VI el seguro de pensiones, el SGB VII el seguro de accidentes, el SGB IX el seguro de rehabilitación, el SGB XI el seguro de dependencia (entrada en vigor en 1995) y el SGB XII la ayuda social, para mencionar los más destacados en el ámbito sociosanitario.

^{XXV} Horst L. Seehofer: Ministro de Sanidad de Alemania de 1992 a 1998, miembro de la CSU. Desde 2005 Ministro de Alimentación, Agricultura y Protección del consumidor de Alemania.

- Limitación del presupuesto para la asistencia ambulante en consultas concertadas con el SEE (generó gran protesta de médicos y se levantó parcialmente).
- Más recortes en tratamientos odontológicos (prácticamente sólo financiación para menores de 18 años).
- Copago de fármacos en función del tamaño de la presentación farmacéutica (a partir de 1994)
- Aumento de las contribuciones al seguro de pensiones para los pensionistas asegurados en el SPE.
- Exclusión de financiación de vacunas para viajes internacionales
- En 1996 y 1997 introdujo más modificaciones:
 - Recortes en la prevención, curas, etc
 - Opción de atenerse al principio de reintegro de costes en vez al principio de prestación de servicios (ver más abajo en SEE).

1999: Ley de Reforzamiento de solidaridad en el SEE (por el SPD en coalición de Los Verdes)

- Reintroducción de la limitación del presupuesto para los honorarios médicos con consulta y hospitalarios, fármacos y reembolso a hospitales
- Supresión del derecho a la libre elección de la caja de enfermedad

2000: Reforma Sanitaria del SEE (*GKV-Gesundheitsreform*)

- Mayor limitación del presupuesto para honorarios médicos y de hospitales, con primera aproximación de introducir el sistema de GRD para el reembolso de costes hospitalarios²⁴
- Introducción del modelo del médico de familia como filtro y guía de la asistencia
- Reintroducción de la financiación de medidas preventivas
- Reforzamiento de los derechos del paciente
- Introducción de prestaciones integrales (gestión por procesos)
- Programas de calidad en hospitales

Con esta reforma se consiguió reducir el gasto considerablemente, de manera que entre 2000 y 2005 el gasto sanitario creció “sólo” un 1,3% anualmente, frente al 4,3% del promedio de los países de la OCDE²⁵.

La última reforma de 2007, por su trascendencia en la actualidad y su sentido de acuerdo al sistema actual, se expone en el capítulo correspondiente a la organización sanitario alemán.

Figura 17: Cronograma de las cajas de aseguramiento del seguro de enfermedad estatutario (SEE)

AÑO	Acontecimientos
1883	Ley de seguro de enfermedad (Krankenversicherungsgesetz) → Creación del SEE
1884	Seguro de invalidez
1900	Creación de la Asociación Hartmann en defensa del colectivo médico
1911	Ordenanza de Aseguramiento del Reich (Reichsversicherungsordnung, RVO). Codificación del derecho asistencial. Introducción de la pensión por jubilación.

1913	Acuerdo de Berlín
1919	Tratado de Versalles. Nace la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en su constitución es rica en contenidos de protección social y sirve como pilar doctrinal y de política de la Seguridad Social
1923	Obligatoriedad de negociar de las cajas del SEE con representantes médicos (no individualmente)
1924	Huelgas médicas y creación de ambulatorios y policlínicas
1930	La SEE sigue pagando el salario si hay una incapacidad laboral de un empleado. Inclusión al seguro e enfermedad de los familiares de los asegurados
1931	Creación de las Asociaciones de Médicos del SEE (Kassenärztliche Vereinigung, KV)
1932	Inclusión en el catálogo de prestaciones el tratamiento por paradontosis
1933	Subida del nacionalsocialismo al poder y conversión de convenios colectivos en instrumentos corporativos de dirigismo centralista
	Creación de la KV de Alemania, supraordinada a todas las demás KV de los <i>Länder</i>
1941	Inclusión de los pensionistas en el SEE
1947	Creación de la asociación Marburg en defensa de los médicos hospitalarios
1951	Regreso a la gestión autónoma del colectivo médico en KV regionales
1955	Creación de la KV Federal (Kassenärztliche Bundesvereinigung, KBV)
Años sesenta	Sustitución de pago capitativo por pago por acto médico
1969	Igualación de trato del empleado y del trabajador. Traspaso de la obligación del pago del salario por enfermedad al empresario
1977	Ley de contención de gastos del seguro de enfermedad (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz, KVKG)
1981	Ley de ampliación de contención de gasto (Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz, KH-KDG) Ley de contención de gastos hospitalarios

	(Krankenhaus- Kostendämpfungsgesetz, KH-KDG)
1989	Ley de reforma sanitaria (Gesundheits-Reformgesetz, GRG)
1993	Ley de estructura sanitaria (Gesundheits-Strukturgesetz, GSG)
1995	Seguro de dependencia — Ley de dependencia (Pflegeversicherung)
2000	Reforma sanitaria del SEE
2004	Ley de modernización de la sanidad (GMG)
2007	Ley de reforzamiento de la competencia del SEE (WSG-GKV)

Todas las reformas sanitarias desde 1989 son integradas en el SGB V, que sufre su correspondiente modificación.

1.3.2. España y Castilla y León

La aparición de seguros sociales en España fue muy tardía. En 1900 Dato^{xxvi}, siendo ministro de gobernación, promulgó el seguro de accidentes de trabajo y en 1908, bajo el mandato de Antonio Maura, se creó el Instituto Nacional de Previsión (INP), precursor del actual Sistema Nacional de Salud. Antes de que el INP adquiriese forma definitiva y tomara carta de naturaleza en nuestra legislación social, pasó por un largo período de preparación y estudio²⁶.

Los antecedentes oficiales se remontan a 1883, con la creación de la Comisión de Reformas Sociales para el estudio de todas las cuestiones que interesaban a la mejora o bienestar de las clases obreras, y que afectaban a las relaciones entre el Capital y el Trabajo.

Posteriormente, la citada Comisión encargó a su Vocal, el Sr. Maluquer y Salvador, una ponencia acerca de la creación de una Caja Nacional de Seguro Popular, ponencia que en 1903 fue sometida al Instituto de Reformas Sociales, que había sucedido a la Comisión, y en la cual estaban esbozadas las líneas fundamentales del Instituto Nacional de Previsión.

En 1904, el Ministerio de la Gobernación encargó al Instituto de Reformas Sociales un proyecto de Ley sobre la materia, y el Instituto, con el fin de que su propuesta estuviera asistida por la experiencia de las Instituciones de ahorro arraigadas ya en España, promovió la celebración de la Conferencia sobre Previsión Popular, que se reunió en Madrid, en Octubre de ese año.

^{xxvi} Eduardo Dato (La Coruña 1856 - Madrid 1921): Abogado y político conservador español, ministro de Gobernación durante la regencia de María Cristina de Habsburgo-Lorena y presidente del Consejo de Ministros.

Partiendo de las conclusiones de la Conferencia, y de sus antecedentes, el Instituto de Reformas Sociales presentó al Gobierno el proyecto de creación del Instituto Nacional de Previsión. La redacción de dicho proyecto fue encomendada a una Ponencia compuesta por los Señores: Azcárate, Dato, Salillas, Maluquer y Gómez Latorre.

Este proyecto fue presentado al Parlamento, previa autorización del Rey Alfonso XIII, el 1 de noviembre de 1906. Sin embargo, las vicisitudes políticas de la época no permitirían que se aprobara la Ley de Creación del Instituto Nacional de Previsión hasta el 27 de febrero de 1908.

Pugnas partidistas y caciquismos sabotearon los intentos de muchos próceres. La asistencia sanitaria entró a formar parte de dicha protección con el Real Decreto (RD) de 18 de marzo de 1919 de aseguramiento del paro forzoso, que ofrecía cobertura en el caso de enfermedad común y confiaba su provisión a la iniciativa privada.

En 1919 el INP asume la Administración del Seguro Obligatorio del Retiro Obrero.

En 1929 se estableció el denominado Seguro de Maternidad^{XXVII}, que amplía y refuerza el Subsidio de Maternidad de 1923. Este seguro garantizaba, entre otras prestaciones, la asistencia facultativa en el embarazo y en el parto, a estos efectos, el Instituto Nacional de Previsión estableció los primeros convenios con las organizaciones profesionales de médicos, farmacéuticos y matronas.

^{XXVII} Real Decreto-Ley de 22 de Noviembre de 1929

Otro logro significativo fue el aseguramiento de todos los trabajadores de la agricultura, mediante el Decreto de 12 de junio de 1931, de la Ley de Accidentes de Trabajo de 1900, primera norma legislativa del sistema de protección social español, y la aprobación de la Ley de Accidentes de Trabajo en la Industria, de 4 de julio de 1932.

En 1936 las Cortes aprobaron los “seguros sociales unificados”, posiblemente con las mismas miras que Bismarck, pero la guerra civil impidió su aplicación. Había concluido y no existía en España, completamente empobrecida, ningún seguro de enfermedad. El gobierno del General Franco creó seguros sociales, al estilo de los de Otto von Bismarck en Alemania, y el primer seguro obligatorio de enfermedad, el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), a cargo del INP, como entidad aseguradora única. El SOE se creó en 1942 mediante la Ley de 14 de diciembre de 1942, de carácter obligatorio, que iba dirigido a proteger a los trabajadores “económicamente más débiles” mayores de 14 años, cuyas rentas de trabajo no excedan de los límites fijados.

Paulatinamente fue incorporando a más personas y en 1953 abarcaba a un 30% de la población, llegando casi al 50% en 1963, lo cual obligaría a una ampliación de servicios e instalaciones y contratación externa de servicios.

Es decir, a partir de 1942 el sistema público español de asistencia sanitaria en España se bifurcó, de modo que una rama atendía a los “pobres” (indigentes y dementes en las instituciones de la Beneficiencia Municipal y Provincial), y los económicamente “modestos” estaban protegidos mediante el SOE. Un tercer pilar de redes asistenciales estaba constituido por leproserías y

dispensarios para tuberculosos y otros afectados de enfermedades infecto-contagiosas.

En 1944 se proclamó la Ley de Bases de la Sanidad Nacional, que alteró muy poco este *status quo*. Por el contrario, consolidó la tradicional separación entre sector público asistencial y sector preventivista o de salud pública. Este último sería gestionado por la Dirección General de Sanidad y las Jefaturas Provinciales de Sanidad.

El INP, fuertemente centralizado en Madrid e integrado en el Ministerio de Trabajo, tenía cierta ideología falangista, que determinó el descarte del sistema de reembolso de los gastos médicos, que había sido el sistema característico del mutualismo europeo tradicional, sobre todo en Francia, Bélgica y Alemania, donde, además, solían participar activamente los sindicatos en la gestión de las mutualidades.

Con la Ley de Bases de la Seguridad Social, de 28 de Diciembre de 1963, los económicamente más pudientes (los que cobraban por encima de un límite de ingresos) eran atendidos casi en su totalidad por centros o consultas privados, a través de mutuas sanitarias, iguales o similares.

El INP se encargó en 1957 de la elaboración del denominado Plan Nacional de Seguridad Social, origen de la Ley de Bases de la Seguridad Social, que sustituiría la Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad de 1942. Entró en vigor el 1 de enero de 1967 mediante Decreto-Ley (LSS) y no se aplicaría hasta 1974. Con ella se suprimen los esquemas clásicos de previsión y seguros sociales, y se instrumenta el desarrollo del sistema de Seguridad Social, en el que se integra el SOE y, por tanto, la cobertura de la asistencia

sanitaria como una prestación más de las incluidas en la acción protectora del sistema²⁷. Se mantuvo la separación entre aseguramiento social y beneficencia.

La Ley de Bases de la Seguridad Social unificó el régimen de los distintos Seguros Sociales que se habían creado en España desde el final de la guerra civil, estableciendo un régimen “general” como base del sistema, y otros, de régimen “especial”, como el agrario, de minería, trabajadores del mar, autónomos, y algún otro más hasta un total de trece, que mantenía singularidades en su sistema de afinación, cotización y de prestaciones.

Ley 37/1962 establece las normas reguladoras del funcionamiento de los hospitales.

Los centros sanitarios adquieren el nombre de Residencias Sanitarias y más tarde Ciudades Sanitarias (para diferenciarse de los que se quedarían en llamarse “Hospital”, y que serían centros que atendían a personas pobres e indigentes) y de Ambulatorios, que se levantaron a expensas de cotizaciones de trabajadores asalariados y empresarios.

La coordinación de los 367 centros hospitalarios concertados existentes en aquellas fechas se pretendió regular con la Ley de Coordinación Hospitalaria de 1962, donde se estableció el primer Catálogo Nacional de Hospitales. Grandes centros, como el hospital de San Pablo de Barcelona, el Hospital General de Asturias, el de Francisco Franco de Madrid, así como la Clínica de la Concepción de Madrid, entre otros, nacieron en aquellos años.

En la mencionada ley se hace referencia al carácter de “centros de formación de personal técnico y sanitario” (Art.1), entre otros asuntos,

suponiendo esto la cuna de la formación MIR^{XXVIII}, que tendría su primera regulación en 1978, y de las escuelas de enfermería. A su vez, se admitía a pacientes no asegurados, es decir, privados, lo cual incentivaría la transformación y modernización de hospitales dependientes de las Diputaciones.

Como novedad se introdujo el copago de la prestación farmacéutica y la posibilidad de que los médicos prescribieran libremente las especialidades farmacéuticas a la vez que se suprimió el listado o petitorio antiguo de farmacia. También se reguló por primera vez el derecho al suministro de prótesis ortopédicas y quirúrgicas, así como la ordenación de los servicios de urgencia y de transporte sanitario. El mayor hito fue el reconocimiento del derecho de los asegurados a la hospitalización médica, lo cual generó cambios en la gestión y organización de los hospitales de la seguridad social, con importantes mejoras de la calidad asistencial.

En 1966 se aprueba el Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social (RD 3160/1966).

En 1968, tras la creciente cobertura de la población por el SOE (un 50% en 1963) y un mayor crecimiento económico en España, al INP pertenecía el 21,7% de las camas hospitalarias, el 27,6% a la Administración Local, el 19,9% a la Administración Central y el 39,8% eran centros privados²⁸. Guillén²⁹ refleja que en 1967 el 57% de las camas existentes databa de fechas anteriores a 1900.

^{XXVIII} La vía MIR surge en España como formación del médico especialista en el año 1978, apoyada por el Real Decreto 2015/1978.

Con la Ley de Financiación y Perfeccionamiento de la Acción Protectora de la Seguridad Social de 1972, se eliminó el tope máximo salarial como requisito para acceder a la prestación sanitaria, aumentando de esta forma la cobertura sanitaria, dado que todos los trabajadores por cuenta ajena quedaron incluidos, independientemente de su salario. Es decir ya no sólo cubría a los “económicamente débiles”.

Todo se financiaba con las cotizaciones de empresarios y trabajadores por cuenta ajena, porque su destino era atender a los trabajadores cotizantes y a sus familias. La administración estaba centralizada en el INP.

A partir de 1972 se incorporaron los más modernos avances médicos en los hospitales de las redes asistenciales (públicas o privadas) que disponían de una cierta cualificación. Se creó la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA) como estandarte de una reordenación de servicios asistenciales y de investigación, que agrupaban los centros dependientes del Ministerio de la Gobernación adscritos a la Dirección General de Sanidad. En 1974 los centros de la AISNA se dividieron en el Instituto Nacional de Sanidad, en el que se integraron los centros de referencia nacional Centro nacional de Microbiología, el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición y el Centro Nacional de Farmacología, y por otro lado diferentes centros asistenciales^{XXIX}.

^{XXIX} Decreto Ley 13/1972. Sus centros eran centros del Patronato Nacional Antituberculoso y de las Enfermedades del Tórax, el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica, Gran Hospital de la Beneficencia General del Estado, Hospital del Niño Jesús, Instituto Oftálmico Nacional, Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas, Instituto Nacional de Oncología, Instituto Leprológico y Leprosaría Nacional de Trillo, Centro Nacional de Lucha contra las Enfermedades Reumáticas, Centros Maternales y Pediátricos, Hospitales Rurales y Centros de Urgencias de. pendientes de la Dirección General de Sanidad, Centro Nacional de Rehabilitación e Instituto Español de Hematología y Hemoterapia y 101 Centros Nacionales de Sanidad de Majadahonda. Se integrarían, igualmente, el Centro especial de Talavera de la Reina (Toledo), Hospital General de Soria y Clínicas Infantiles de Valencia y Sevilla.

En 1974, poco antes de morir Franco, con el Decreto D. 2065/1974 se aprueba el Texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, que fue desarrollado por la Ley 29/1975, de 27 de junio, sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado.

Entre los años 1975 y 1978 se crearon, en sustitución de antiguas mutualidades, los regímenes específicos como MUFACE (para los funcionarios del Estado, actualizando la Ley 193/1963 de bases de la seguridad social), el ISFAS (para personal militar) y el MUGEJU (para personal de la Administración de Justicia). Estos regímenes se han visto forzados a pactar con entidades privadas la asistencia sanitaria, aunque ulteriormente se les dio libertad a los afiliados a elegir entre las aseguradoras privadas o la asistencia sanitaria en la seguridad social. Así, respecto al Régimen General de la Seguridad Social los afiliados a MUFACE, la más importante y característica de las Mutuas de funcionarios, abonan cuantías distintas por los medicamentos (un 30%, tanto activos como pensionistas) y tienen opción a ayudas económicas para tratamientos dentales o gafas.

Sin embargo, el hecho diferencial de mayor importancia es que MUFACE y las otras Mutuas (con la excepción parcial de ISFAS) conciertan el aseguramiento y la provisión de los servicios sanitarios a sus beneficiarios, tanto con entidades de seguro sanitario mercantil como con el SNS, y los mutualistas pueden elegir entre ellos. En torno al 87% de los afiliados a MUFACE elige compañías privadas de seguros, y el resto la asistencia del SNS³⁰. La Ley de cohesión y calidad del SNS de 2003 dejó excluido a MUFACE del SNS.

No obstante, los centros de la Seguridad Social han sido y siguen siendo los grandes centros nacionales donde la población acude ante los casos de enfermedad más severos y complejos.

El Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, modifica y amplía las prestaciones de asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Con la instauración de la democracia en nuestro país, la prestación de la asistencia sanitaria toma nuevos enfoques.

Llegada de la democracia - el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD)

En 1975 fallece el Jefe de Estado Franco y en 1978 se proclama la Constitución Española (CE), bajo el gobierno de UCD, como norma jurídica suprema del ordenamiento jurídico de España.

En 1977 se publica el “Libro Rosa” del INP, que condensaba una amplia información sobre recursos, necesidades y opiniones de ciudadanos en relación con la reforma sanitaria, y el “Libro Blanco” de la Seguridad Social, donde se realiza un análisis de la situación y de las medidas a adoptar en la reforma de la asistencia sanitaria española. Se apunta hacia una potenciación de la atención primaria, en cuya seno se deberán desarrollar las actividades de prevención y educación sanitaria, desbordando la orientación reparadora que había caracterizado, primero al seguro de Enfermedad, y después al sistema de la Seguridad Social.

En el mismo año se crea el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, por Decreto 1558/77 de 4 de julio. Se unifican las competencias en materia de

salud pública, del INP y la AISNA (Administración Institucional del Ministerio de la Gobernación).

La administración de la seguridad social había entrado en cierto desorden, por lo que, dentro del mandato de la CE, se extiende el régimen de asistencia sanitaria pública a todos los ciudadanos, a los que paulatinamente va incorporando como usuarios de la red asistencial pública. Se reconoce el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud^{xxx}. De forma diferenciada la CE se refiere al régimen público de la Seguridad Social como “...garante público para todos los ciudadanos, de la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo” (Art. 41).

Asimismo, la nueva organización territorial del Estado encaminada hacia la descentralización, con el establecimiento de las Autonomías, posibilita que éstas puedan asumir competencias en múltiples materias, incluida la asistencia sanitaria y social de la Seguridad Social^{xxxii}. Pasados cinco años se les otorgaría la posibilidad de ampliar las competencias a las CCAA^{xxxiii}.

Según el Art.149 punto 1.16., el Estado mantiene competencias en:

- materia de Sanidad Exterior

^{xxx} Art.43 de la CE: 1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud. 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. 3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.

Art. 49 de la CE: 1. Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos.

^{xxxii} Art.148 punto 1.20. y 1.21. de la CE

^{xxxiii} Art.148 punto 2. de la CE

- bases y coordinación general de la sanidad
- legislación sobre productos farmacéuticos

Asimismo guarda competencias sobre Legislación Básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas.

Por tanto la asistencia sanitaria se gestionaba desde las CCAA y el régimen de la Seguridad Social a la que pertenecían dichos servicios asistenciales desde el Estado. Esa bicefalia es uno de los caballos de batalla de los debates existentes entre Gobiernos central y autonómicos sobre la financiación autonómica en materia sanitaria. Por otra parte la titularidad del patrimonio inmobiliario que supone el sinfín de ambulatorios y hospitales públicos corresponde a la Tesorería de la Seguridad Social, mientras el equipamiento y demás dotaciones a las CCAA correspondientes.

Se ponía fin así a la filosofía del sistema asistencial de la Seguridad Social iniciado en 1942 y reformado en 1972 inspirado en el modelo asistencial “bismarckiano” que tendía principalmente a “reparar la mano de obra”, que protegía a los trabajadores y sus familias, por otro modelo, universal, que hacía énfasis en la promoción de la salud, la prevención, inspirado en los criterios expresados en 1945 por el informe *Beveridge*. También se incorporó la enfermedad mental dentro del ámbito normalizado de la protección de salud, poniendo fin, desde el punto de vista legal, a la discriminación sufrida desde siempre de los enfermos psiquiátricos.

En 1979, como consecuencia de esta reforma efectuada sobre la gestión institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo por el Real Decreto Ley 36/1978 de 16 de Noviembre, se suprimió el Instituto Nacional de Previsión, pasando la gestión y administración de los servicios sanitarios del Sistema de Seguridad Social al Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), organismo de nueva creación. A su vez, bajo el intento del gobierno de la UCD de dar respuesta a las deficiencias del sistema sanitario público y sus limitaciones de cobertura, se creó el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) para las prestaciones económicas, el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) y la Tesorería General de la Seguridad Social, que se ocuparía de la recaudación y gestión financiera.) Estos organismos aún persisten, a diferencia del Insalud que tras las últimas transferencias en 2002 desapareció por completo.

El traspaso de competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las Comunidades Autónomas para que creen su propia organización administrativa, de acuerdo con el principio de descentralización territorial (Art.2 de la CE), se inicia, en 1979 en el País Vasco y Cataluña^{xxxiv}. Dicho proceso finaliza en 2002, año en el que se transfiere las competencias a las 9 CCAA que faltaban, incluida Castilla y León (Figura 18).

^{xxxiv} En 1979 se traspasó primero las competencias de Salud Pública e Higiene, y en 1981 y 1984 la gestión y organización de los servicios asistenciales de la seguridad social a Cataluña y P.Vasco, respectivamente.

Figura 18: Calendario del proceso de transferencias sanitarias

	Fecha de aprobación Estatuto de Autonomía	Fecha de Transferencia (Art. 150.2 CE)	Fecha de reforma de Estatuto	Vía de acceso	Fecha para competencias sanitarias completas	Fecha de traspaso Insalud
País vasco	18/12/1979			Vía rápida	18/12/1979	06/11/1987
Cataluña	18/12/1979			Vía rápida	18/12/1979	08/07/1981
Galicia	06/04/1981			Vía rápida	06/04/1981	28/12/1990
Andalucía	30/12/1981			Vía rápida	30/12/1981	22/02/1984
Asturias	30/12/1981		05/01/1999	Vía lenta	05/01/1999	31/12/2001
Cantabria	30/12/1981		30/12/1998	Vía lenta	30/12/1998	31/12/2001
La Rioja	09/06/1982		07/01/1999	Vía lenta	07/01/1999	31/12/2001
Murcia	09/06/1982		15/06/1998	Vía lenta	15/06/1998	31/12/2001
C. Valenciana	01/07/1982	10/08/1982	24/03/1994	Asimilada Vía rápida	10/08/1982	27/11/1987
Aragón	10/08/1982		30/12/1996	Vía lenta	30/12/1996	31/12/2001
Castilla-La Mancha	10/08/1982		03/07/1997	Vía lenta	03/07/1997	31/12/2001
Canarias	10/08/1982	10/08/1982	30/12/1996	Vía lenta	10/08/1982	11/03/1994
Extremadura	24/02/1983		06/05/1999	Vía lenta	06/05/1999	31/12/2001
Baleares	24/02/1983		08/01/1999	Vía lenta	08/01/1999	31/12/2001
Madrid	24/02/1983		07/07/1999	Vía lenta	07/07/1998	31/12/2001

			8			1
Castilla y León	24/02/1983		08/01/1999 9	Vía lenta	08/01/1999	31/12/2001
Navarra	10/08/1983			Vía especial	10/08/1983	28/12/1990

Las competencias de sanidad e higiene o de Sanidad Nacional fueron transferidas antes que la asistencia sanitaria (en Castilla y León el AISNA se traspasó mediante el Real Decreto 1783/1985)^{xxxv}.

Las transferencias generaron no pocos desacuerdos entre administración central y CCAA, como reflejan diferentes impugnaciones al Tribunal Constitucional de Reales Decretos (RD 2824/1981 sobre planificación y coordinación sanitaria, y 2825/1981 sobre registro sanitario de alimentos), con sentencias que obligaban a los servicios de salud de las CCAA a actuar coordinadamente y otorgaban al Estado la obligación de velar por dicha coordinación^{xxxvi}.

Evolución de la asistencia sanitaria en España

El Partido Socialista Obrero Español, tras su victoria en 1982, optó por introducir en España el modelo sanitario inspirado en el *National Health Service* de Gran Bretaña, o los modelos suecos y canadienses de *Beveridge*. Las reformas eran conducidas bajo el mandato del ministro de sanidad *Ernest Lluch*. En aquel año la Seguridad Social gozaba de cierta bonanza económica gracias a las últimas reformas del final del régimen franquista, pero aun así, el

^{xxxv} RD 1783/1985 de 11 septiembre sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la CA de Castilla y León en materia de sanidad (AISNA).

^{xxxvi} Sentencia del Tribunal Constitucional SSTC 32/1983 y 42/1983

crecimiento económico en España era discreto³¹ (1,5%) y la cifra de paro alcanzaba el 16,4% y la inflación el 17%.

Cabe mencionar aquí la promulgación previa de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas, fruto de frecuentes situaciones de pluriempleo y solapamiento de éstos, con bajo rendimiento y actividades fraudulentas a costa de la Administración Pública.

En 1983 se elaboró el primer borrador de la futura Ley General de Sanidad (LGS), que vería la luz el 14 de abril de 1986, tras grandes esfuerzos de consensuación por parte del entonces gobierno socialista, en especial con los reivindicativos gobiernos autonómicos de Cataluña y País Vasco. La Ley General de Sanidad de 1986 crea el Sistema Nacional de Salud (SNS), organizando administrativa y territorialmente los servicios sanitarios en España. Las principales características de esta reforma son la cobertura sanitaria universal y la financiación pública por impuestos. En su Art. 3.3 destaca que la política de salud estará orientada a superar desequilibrios territoriales y sociales. La ley no tuvo efectos inmediatos. Las medidas se hicieron efectivas a partir de 1989 a través de la Ley de Presupuestos del Estado de ese año. El hecho de que ya existieran altos niveles de cobertura sanitaria y el ciclo positivo de la economía en la segunda mitad de los años ochenta facilitó la puesta en práctica de la reforma³².

El Real Decreto 137/1984, sobre estructuras básicas de salud, introdujo conceptos modernos de organización territorial, además de iniciar la reforma de la atención primaria y otros aspectos esenciales.

El sistema antes de 1985 se caracterizaba porque la financiación de la Seguridad Social se realizaba a través de las cotizaciones sociales y del presupuesto del Estado; de esta forma se financiaba indistintamente el gasto en prestaciones económicas, la asistencia sanitaria y los servicios sociales.

La Ley de Presupuestos de 1989 supone una nueva reforma en la estructura de financiación. Se estableció que la aportación del presupuesto del Estado tuviera carácter finalista; esto significó que en el presupuesto de ese año (1989) ya se estableció la cuantía que se iba a destinar a la financiación de la asistencia sanitaria y el importe de los complementos a mínimos de las pensiones. Se amplía, por tanto, la previsión constitucional del Art.43 en lo que se refiere a la protección de la salud de los ciudadanos extendiendo la cobertura sanitaria de la Seguridad Social a las personas no incluidas en la misma y sin recursos suficientes (en 1990 se aprueba la Ley 26/1990 de 20 de diciembre, de Pensiones no contributivas). Por otra parte, se produce el cambio de financiación del gasto sanitario público, que pasa a ser fundamentalmente asumido por el Estado. La aportación del Estado (financiación vía impuestos) financiaba el 79,2% del presupuesto del INSALUD en el año 1995 (la proporción más elevada del cono sur de Europa; en el año 2000 ya supuso el 100% de dicho presupuesto).

Ello coincide en el tiempo con el Tratado de *Maastricht* (incorporación de España a la UE en 1986), en donde se exige a los Gobiernos la adopción de medidas de ajuste y contención del gasto público para conseguir la convergencia económica y presupuestaria.

En 1986 la cobertura en el régimen general de la seguridad social (RGSS) alcanzó ya el 96,1% de la población. El 7,5% de la población correspondía a asegurados mediante regímenes distintos al RGSS: mutuas de funcionarios públicos, tanto civiles como militares; trabajadores del mar; en cierta medida, las llamadas empresas colaboradoras (EC), Otro colectivo eran las personas incorporadas al régimen general de la seguridad social (RGSS) desde el antiguo sistema de beneficencia (menos del 1% de la población), y unas 180.000 personas sin derecho a cobertura sanitaria pública, normalmente situada en tramos altos de renta³³. En 1991 la cobertura alcanzó el 99,7%, gracias al RD 1088/1989, que incluía también a los que dependían del padrón de beneficencia y a los funcionarios de MUFACE, ISFAS y MUGEJU, que podrían escoger entre su mutua o la Seguridad Social, así como a los más pudientes, que hasta ahora quedaban exentos.

El eje del modelo que la LGS adopta son las Comunidades Autónomas, “administraciones suficientemente dotadas y con la perspectiva territorial necesaria, para que los beneficios de la autonomía no queden empeñados por las necesidades de eficiencia en la gestión”. El Sistema Nacional de Salud se concibió así como el conjunto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados. El principio de integración para los servicios sanitarios en cada Comunidad Autónoma es recogido por el artículo 50 de la Ley: “en cada Comunidad Autónoma se constituirá un servicio de salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, que estará gestionado como se

establece en los artículos siguientes bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma”.

Siguiendo el capítulo V de la LGS, la financiación de la sanidad pública se realizará a partir de los presupuestos generales del Estado y de la CCAA y otras administraciones públicas locales, aparte de una partida derivada de cotizaciones a la seguridad social, que iría teniendo cada vez menos peso. Ante el temor hacia un desbordamiento económico al ampliar la cobertura asistencial e introducir el carácter gratuito de la asistencia, la LGS introduce disposiciones transitorias y finales en las que establece un generoso plazo para llevar a cabo dichos preceptos.

La Ley Catalana de ordenación sanitaria^{xxxvii} de 1990 supuso la cuna de lo que en 1991 diera lugar al llamado “Informe Abril”, que analiza por primera vez en profundidad la situación de la sanidad de España y en sus 64 recomendaciones tuvieron resonancia pública tres:

- el pago de los pensionistas del 40% de los medicamentos recetados (ticket moderador)
- la limitación de las prestaciones sanitarias básicas
- la mayor participación de los pacientes en los costes.

Aun no teniendo buena acogida, las recomendaciones del informe se han ido implantando de forma callada y gradual; entre otras, la financiación

^{xxxvii} La LOSC configura el modelo sanitario catalán. Separación de la función de financiación y compra de servicios de la provisión. Diversificación de proveedores. Mercado mixto de competencia planificada y regulada. Diversidad de fórmulas de gestión. Descentralización de servicios. Desconcentración de la organización: regiones sanitarias y sectores sanitarios. Participación comunitaria: consejos de dirección, consejos de salud, participación de órganos de gobierno de las instituciones sanitarias.

prospectiva de los hospitales mediante contratos programa, la exclusión de una larga lista de medicamentos, etc.

La gran oposición de la población y sus representantes al informe ha hecho que hoy en día únicamente se mantiene el ticket moderador para no pensionistas, siendo España el país del sur de Europa en el que menos copagos hay, y dentro de la UE uno de los más “gratuitos”.

En España el debate real de la sanidad comienza en 1991, con el llamado “Informe Abril” de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud^{xxxviii}, poniendo sobre la mesa la escasez sistemática que genera la gratuidad del servicio, la ineficiencia de la provisión y la necesidad de abrir un “mercado interno” que fomentara la sana competencia de los proveedores y separara las funciones de financiadores, compradores y proveedores, con criterios más técnicos que políticos, siguiendo de cierto modo el camino de Gran Bretaña y, en menor medida, el de Suecia. En 1998 se elabora el primer informe SESPAS^{xxxix}, que pretende recoger el testigo del debate en esta línea.

En los años noventa se produce una amplia sucesión de leyes reguladoras sobre diversos aspectos de la sanidad, su sustrato jurídico, de contrataciones, Ley del Medicamento, formas de gestión y otros³⁴. En 1994 se introduce las *Fundaciones* como fórmula de gestión nueva de centros

^{xxxviii} Fernando Abril Martorell (Valencia, 1936 - Madrid, 1998), político español que en 1990 fue nombrado presidente, a propuesta de Felipe González, de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, creada por el Ministerio de Sanidad, y que produjo el denominado Informe Abril para diseñar la reforma del sistema sanitario español.

^{xxxix} SESPAS: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria

sanitarios^{XL}, aunque el desarrollo de las mismas y otras fórmulas de gestión no ha encontrado mayor respaldo jurídico hasta la Ley 15/1997, de un solo artículo, sobre la habilitación de nuevas formas de gestión del SNS^{XLI}, *“...permitiendo a los centros (socio)sanitarios llevar una gestión a través de empresas públicas, consorcios o fundaciones y sociedades estatales u otras entidades públicas...”* y que a su vez tampoco ha gozado su pleno desarrollo hasta el RD 29/2000 de 14 de enero.

En 1995, el Real Decreto 63/95 de Ordenación de Prestaciones actualiza y completa la lista de prestaciones que se deben garantizar en todo el Sistema Nacional de Salud y establece los mecanismos para la inclusión o exclusión de prestaciones, previo informe del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el cual a lo largo de los años ha pasado por fases de decreciente protagonismo y muchos desencuentros de sus representantes, 1 por el Ministerio de Sanidad y 17 de las CCAA (1 por cada CA), por lo que la diversidad de posturas e intereses, con un claro predominio de las CCAA se llega a un desahucio del Estado poniendo el timón del SNS en manos de unos servicios autonómicos, desconocidos entre sí, cada uno ensimismado en su política, despegados del sistema salvo en el cauce financiero, según Costas Lombardía³⁵.

El Pacto de Toledo fue aprobado por el Congreso de los Diputados el 6 de abril de 1995, casi por unanimidad. Las recomendaciones del Pacto de Toledo marcaron otra nueva reforma en el sistema de Seguridad Social; las

^{XL} Ley 30/1994, de 24 de noviembre, de Fundaciones y de incentivos fiscales a la participación privada en actividades de interés general.

^{XLI} RD 29/2000 de 14 de enero, sobre nuevas formas de gestión del Instituto nacional de la Salud (BOE 21, 25 de enero 2000).

modificaciones que se introdujeron se pueden sintetizar en los siguientes puntos:

- a. Refuerzo del carácter contributivo del sistema, aumentando la proporcionalidad entre las cotizaciones y las prestaciones por un lado, y entre las cotizaciones y el salario real por otro.
- b. Garantizar el poder adquisitivo de las pensiones y mejorar la cobertura de las pensiones mínimas.
- c. Simplificar y racionalizar los distintos regímenes tanto en la cotización como en las prestaciones.
- d. Separación definitiva de las fuentes de financiación; se establece que las cotizaciones sociales financien las prestaciones contributivas y que las prestaciones no contributivas y universales dependan de las aportaciones del presupuesto del Estado (financiación a través de impuestos generales), y entre éstas figuran la sanidad (que por entonces consumía el 15 % de las cotizaciones de la seguridad social) y los servicios sociales.

Con base en el Pacto de Toledo se aprobó en el Parlamento la Ley 24/1997, de Consolidación y racionalización del Sistema de Seguridad Social.

Ahora la sanidad estaba financiada mediante impuestos (más del 70%) y la asistencia era igual para todos los ciudadanos, fueran o no trabajadores^{XLII}. Se mantenía la idea de que reducir las cotizaciones sería un

^{XLII} Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud

dinamizador del empleo. Se había producido entonces un vertiginoso incremento de jubilaciones anticipadas, lo que junto al aumento de la esperanza de vida, llevaba al aumento del gasto por pensiones. Por ello se planteó facilitar el mantenimiento voluntario de la vida laboral por encima de los 65 años, cuando, como paradoja, los más jóvenes tenían grandes dificultades para acceder al mundo del trabajo.

Como consecuencia de la separación de las fuentes de financiación de la Seguridad Social, se ha conseguido desde el año 1999 superávit presupuestario en esta partida. Este superávit se ha destinado a la creación de un Fondo de Reserva (en el año 2001) para hacer frente a las posibles insuficiencias financieras futuras y para reforzar la viabilidad del sistema de pensiones a largo plazo. La cuantía de dicho Fondo ha sido de 90.000 millones de pesetas en el año 2001, y 1.051,77 millones de euros en el año 2002.

También se planteó que el sistema público de seguridad social se pudiese complementar por sistemas voluntarios de ahorro y protección social externos al mismo (planes de empleo, planes de pensiones particulares). Entre esto y la creación de pensiones no contributivas, ni siquiera, en puridad, el sistema de pensiones era como el clásico de los seguros sociales. Menos aún la asistencia sanitaria, que pasa a financiarse por medio de la recaudación de impuestos.

En el año 2002, el Instituto Nacional de la Salud se convierte en una entidad de menor dimensión y pasa a denominarse Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, que se ocupa de las prestaciones sanitarias en el ámbito territorial de la Ciudades de Ceuta y Melilla.

El cierre del proceso descentralizador y la aprobación de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS (LCyCSNS), Ley 16/2003 del 28 de mayo, junto con el nuevo modelo de financiación autonómica en 2001-2003 (Ley 21/2001 de 27 de diciembre), se ha concluido el diseño macro institucional del servicio público de la atención sanitaria en España.

La LGS crea como órgano de coordinación el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) y posteriormente la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, contempla el Consejo Interterritorial con este mismo carácter de órgano de coordinación y le atribuye sus funciones en su Art. 71, atribuyéndole una nueva composición y funciones³⁶.

La LCyCSNS, elaborada bajo el mandato de la popular Ana Pastor (primera vez que un médico ocupa la cartera de Sanidad en España –en Alemania no hubo nunca ningún médico-), pretendía mejorar y garantizar la calidad y equidad del sistema sanitario, potenciar la participación de los pacientes, reducir desigualdades, orientación de la organización del sistema sanitario a los resultados de salud, toma de decisiones basada en la evidencia científica, integración de la atención sanitaria y sociosanitaria, libre circulación de profesionales, así como fomentar un buen sistema de información a nivel nacional, entre otros puntos. Todo ello en un horizonte de total transferencia de servicios a las CCAA (salvo la prestación farmacéutica), con los respectivos puntos de vista variados. Esta ley no contempla la situación demográfica del país (dispersión geográfica e inmigración), ni define suficiente ni adecuadamente la articulación de diferentes objetivos de la propia ley, como

por ejemplo, la forma de toma de decisiones del CISNS^{XLIII}. Como elementos positivos hay que destacar la mejora en la definición de los derechos de los pacientes (segunda opinión, plazo máximo para recibir atención, relativa libre circulación *de jure* en el territorio nacional).

En el mismo año 2003 se promulgan la Ley 44/2003, de 21 de diciembre, de ordenación de las profesiones sanitarias y la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud.

Se perpetúa el *fondo de cohesión sanitario* introducido primeramente en 2001 (Real Decreto 1247/2002)^{XLIV} como fórmula de compensación a los desplazamientos de los españoles entre CCAA, que tiene por finalidad reducir desigualdades y 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. La dotación del fondo de cohesión es de casi 100 millones de euros.

En la figura 19 se aprecia el incremento del gasto sanitario del conjunto de las CCAA a partir del momento de las transferencias. La puesta en práctica de la LGS supuso, junto con la descentralización, en rápidos incrementos del gasto sanitario, siendo España el país de la UE en el que más creció este

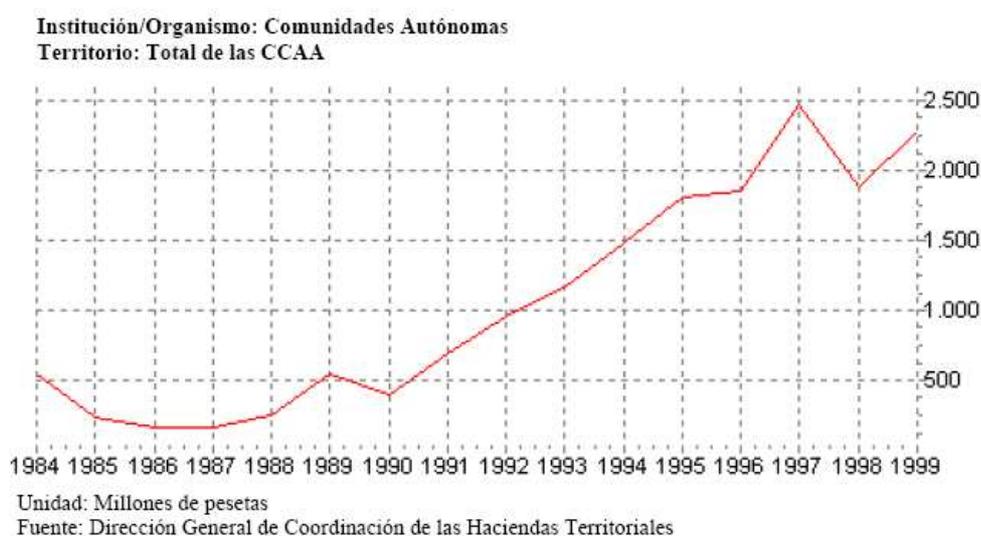
^{XLIII} Art.73.2 de la LCyCSNS y Art. 14 del Reglamento de Funcionamiento del CISNS aprobado en sesión plenaria del propio CISNS del 23 de julio 2003 en su sobre “Acuerdos”. Los acuerdos del Consejo se plasmarán a través de recomendaciones que se aprobarán, en su caso, por consenso. Asimismo se refleja en la sesión plenaria del propio CISNS del 23 de julio 2003 en su artículo 14 sobre “Acuerdos”.

^{XLIV} El RD 1247/2002 por el que se regulaba la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria previsto en el artículo 4.B), apartado c) de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, sobre Medidas Fiscales y Administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas y Ciudades con régimen de autonomía, fue impugnado por la Generalitat de Cataluña ante la Abogacía del Estado, la cual desestimó el recurso.

gasto en la segunda mitad de los años ochenta³⁷. Esta tendencia alcista supuso que la preocupación por el control del gasto empezara ya a comienzos de los noventa.

La mayor parte del aumento del presupuesto sanitario se debe a inversiones en infraestructuras, dotación de plantillas e incrementos retributivos. En el nuevo modelo de financiación se pretende sustituir la financiación per cápita a secas por el de la financiación per cápita teniendo en cuenta la dispersión geográfica, la estructura etaria y la insularidad.

Figura 19: Presupuesto del conjunto de las CCAA. Periodo 1984 - 1999.



Un 22% de la sanidad global en España está financiada por entes privados.

Figura 20: Resumen de Prestaciones e Ingresos del Sistema de Seguridad Social³⁸

Prestaciones incluidas en el Sistema de Seguridad Social	
Prestaciones contributivas	Prestaciones no contributivas y universales
<ul style="list-style-type: none"> - Pensiones contributivas: jubilación, incapacidad permanente, muerte y supervivencia. - Incapacidad temporal - Maternidad - Gastos de gestión de estas prestaciones 	<ul style="list-style-type: none"> - Complemento a mínimos de las pensiones - Pensiones no contributivas - Asistencia sanitaria - Servicios Sociales - Prestaciones familiares
Ingresos disponibles por el Sistema de Seguridad Social	
Origen contributivo	Origen universal
<ul style="list-style-type: none"> - Cuota por contingencias comunes y accidentes de trabajo - Otros ingresos propios 	<ul style="list-style-type: none"> - Transferencias del Estado (fuente: ingresos generales)

Fuente: Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC)

Resumen:

El SNS es heredero del antiguo INSALUD, que fue capaz de cubrir y gestionar todo el territorio nacional con una notable eficacia que debe ser reconocida. Esa cobertura se llevó a cabo con medios muy diversos: medios propios, especialmente los grandes hospitales construidos en los años sesenta, que pusieron a la sanidad española a un nivel muy elevado, centros concertados públicos de titularidad de diputaciones, de ayuntamientos y del Ministerio de Educación (hospitales clínicos); centros concertados privados sin ánimo de lucro, propiedad de órdenes religiosas o de fundaciones, algunos con tradición de siglos como los de los Hermanos de San Juan de Dios; centros públicos especializados, como los antituberculosos de la Administración Institucional de Sanidad Nacional (AISNA) o los psiquiátricos. Además, el INSALUD debió integrar en los años ochenta a los colectivos de profesionales de primaria que ejercían por cuenta de administraciones locales.

La integración y concentración de redes y colectivos de profesionales, dotándoles de procedimientos y de una cultura de gestión comunes, fue un proceso largo y laborioso que el INSALUD realizó en los años ochenta, sobre todo después de la aprobación de la Ley General de Sanidad. Con materiales tan diversos y ante las inevitables resistencias, el marco legal de la integración tenía que ser el más sencillo de aplicar. Se optó por aplicar el marco estatutario a todo el personal, aunque se sufría ya su rigidez, porque era el preferido por la mayoría de los profesionales, y el derecho administrativo de la Seguridad Social a la gestión de recursos, que era el mejor conocido. ¿Por qué no se aprovechó esa gran ocasión para intentar implantar un marco de personal no estatutario? La opción de reformar las relaciones laborales y la

gestión de recursos en profundidad se estudió muy en serio, y si no se abordó fue por la acumulación de reformas simultáneas que complicaban la negociación e implementación de ese cambio. Ya pesaban mucho las dificultades de la integración de centros y colectivos, las incompatibilidades, los costes de la universalización y del aumento de demanda que generó, la extensión de la nueva atención primaria y la resistencia en los hospitales a las reformas de organización y gestión. Aún así, se preparó una fuerte autonomía de los centros que no llegó a implantarse. No obstante, el argumento más sólido contra ese intento fue el proceso de descentralización que se estaba realizando simultáneamente. Cataluña y Andalucía ya habían recibido las transferencias sanitarias en 1980 y 1983; entre 1987 y 1991, las recibieron Navarra, País Vasco, Valencia y Galicia. No tenía pues sentido forzar un completo marco novedoso de gestión sin un pleno acuerdo con las comunidades autónomas y éste era materialmente imposible.

Los procesos de racionalización del SNS como un todo y de transferencia a las comunidades autónomas se interfirieron y se dio prioridad al de mayor urgencia política. Antes de las transferencias, el INSALUD prestó al SNS unos notables servicios en reformas de gestión, como el Real Decreto 137/1984, sobre estructuras básicas de salud, que introdujo conceptos modernos de organización territorial, e inició la reforma de la atención primaria y otros aspectos esenciales.

En 1987 se actualizó la gestión de hospitales con nuevos equipos de gerencia y direcciones médicas y de enfermería.

Son reformas que ordenaron los recursos antes dispersos y que se han consolidado, pero inicialmente fueron muy mal recibidas. Se acusaba al gobierno de "economicismo", pero todo eso es cosa del pasado y hoy disponemos de equipos de gestores y directores generalmente bien formados.

La Ley General de Sanidad consolidó un concepto no monolítico del SNS al incorporar al sector privado concertado como parte del mismo, a través de convenios singulares, priorizando los conciertos con entidades sin fin de lucro. La LGS apostaba por una gestión pública clásica del SNS, aunque con elementos modernizadores notables. No obstante, esa gestión clásica no puede dar respuesta al agobio de demanda que desde el principio viene sufriendo el SNS. Esta herencia de cultura de gestión administrativa, por otra parte tan eficaz en su momento, es un problema de origen del SNS, siempre sometido a demandas apremiantes.

La apertura a nuevas formas de gestión

Antes de la últimas transferencias en 2000, el INSALUD realizó algunos intentos importantes como la introducción de contratos-programa con hospitales, tras los saneamientos financieros de 1992-94, obligados por la relajación presupuestaria que produjo el esfuerzo inversor de finales de los ochenta. También llevó a cabo una iniciativa ambiciosa y polémica, las fundaciones sanitarias y otras formas de gestión, de acuerdo a la Ley 15/1997, recomendando introducir experiencias de gestión empresarial, que tuvo apoyo por todos los grupos políticos.

Aquí está la base, jurídica y política, de todos los ensayos posteriores, generalmente mediante distintas fórmulas de financiación pública y explotación privada. Andalucía había puesto en marcha en 1992 las empresas públicas sanitarias; Cataluña en 1998 los consorcios, que articulaban entidades del Servicio Catalán, de ayuntamientos y privados; el INSALUD y después Galicia, estaban comenzando con las fundaciones. Este abanico de situaciones propició una apertura total. En la práctica, todas las comunidades autónomas, con independencia de su color político, querían comprobar si era posible sacudirse lo que consideraban un corsé administrativo heredado. Como hemos visto en los últimos años, a pesar de tener la puerta abierta por la Ley 15/1997, los nuevos caminos no han sido tan profusamente explorados.

2. OBJETIVOS, JUSTIFICACIÓN E HIPÓTESIS

OBJETIVOS

Objetivo Principal

Comparar las trayectorias de los sistemas sanitarios de dos países desarrollados de la Unión Europea, como son los sistemas sanitarios español y alemán, a través de un análisis crítico de las diferencias y elementos comunes, profundizando hasta en el ámbito autonómico de ambos países, con el fin de plantear mejoras en los aspectos deficitarios, asimilar los elementos positivos existentes en uno y otro territorio y definir líneas convergentes hacia una provisión sanitaria universal, excelente y sostenible a medio y largo plazo.

Objetivos Específicos

Se pretende realiza el análisis comparativo de:

- Legislación y organización administrativa de los sistemas
- La financiación de la asistencia sanitaria
- el esquema y dotaciones de recursos materiales de atención primaria y especializada y tipos de titularidad (pública, privada, concertada)
- Recursos humanos y formas asociativas y colegiales de los profesionales.
- La actividad asistencial
- Aspectos de calidad (cobertura, accesibilidad, tiempos de respuesta)
- Resultados de salud (esperanza de vida, tasa y causas de mortalidad, años potenciales de vida perdidos)

— las dificultades de implementación de medidas y problemas de extrapolación

A su vez, el trabajo debe servir como modelo de análisis para facilitar la toma de decisiones por parte de los políticos y gestores de sistemas de salud y para impulsar eventuales reformas sanitarias

JUSTIFICACIÓN

La comparación entre sistemas sanitarios de diferentes países ha sido frecuentemente objeto de estudio y ha suscitado enorme interés para poder aprovechar las mejores prácticas. La unión de países dentro de Europa obliga a conocer los diferentes elementos constituyentes de cada uno, para poder realizar políticas comunes inteligentes, operativas y adecuadas.

El interés de que en el seno de la UE los modelos y sectores con gran peso económico y social converjan a prestaciones y formas de atención semejantes para facilitar la libre circulación de personas, bienes y servicios, queda patente en su esencia misma y se manifiesta de nuevo en la nueva Estrategia Sanitaria, adoptada el 23 de octubre de 2007 por la Comisión Europea, «Juntos por la salud: una estrategia para la UE, 2008-2013», que pretende dar continuidad a la labor actual y proporcionar, por primera vez, un marco estratégico más global que abarque desde los problemas sanitarios fundamentales hasta la integración del elemento «salud» en todas las políticas y los problemas sanitarios mundiales. La Comisión plantea objetivos claros para el trabajo futuro de la UE en el terreno sanitario y propone el mecanismo necesario para alcanzar estos objetivos, trabajando en cooperación con los Estados miembros. La estrategia se basa en cuatro principios para mejorar la salud en la UE:

- Una sanidad de calidad y sostenible
- El reconocimiento de la relación de salud y prosperidad económica
- La integración de la salud en todas las políticas

- Una mayor presencia de la Unión Europea en los foros mundiales de sanidad.

Estos retos dentro de la Comunidad Económica Europea tienden a ser tratados con estrategias convergentes e integradoras. Adquirir el conocimiento actualizado de las distintas realidades de los sistemas sanitarios públicos europeos permite impulsar modelos y estrategias de mejora con valor añadido, que pueden y deben redundar en una provisión sanitaria optimizada para toda la ciudadanía, y también para los agentes que intervienen en la misma, como los profesionales, proveedores y la administración.

En el presente trabajo el fundamento que sustenta el mismo es el enriquecimiento del conocimiento de dos sistemas sanitarios, englobados en la misma filosofía de “Estado de bienestar” y cobertura universal, y en el contexto de dos regiones europeas semejantes y diferentes a la vez, Castilla y León y Baviera, imbuidos en un modelo de Estado con un alto nivel de transferencia de competencias, pretendiéndose, con afán integrador, potenciar las fortalezas, aprovechar las oportunidades, conocer las debilidades y prevenir las amenazas de ambos sistemas de provisión sanitaria. Todo ello con espíritu crítico y constructivo, con el objetivo de introducir mejoras en la implementación de políticas estratégicas, en el diseño de modelos de provisión sanitaria, y la elaboración de programas de salud, para así garantizar una protección de la salud de la población más efectiva, más eficiente, más sostenible y más satisfactoria.

La selección de los países Alemania y España se basa en sus semejanzas:

- Ambos países forman parte de la UE; Alemania fue uno de los países fundadores en 1951. España entró en el año 1986.
- Ambos países sufrieron una dura guerra y tuvieron que afrontar el futuro desde un punto de partida difícil, con escasez de recursos. Alemania supo aprovechar las ayudas del plan Marshall para posicionarse nuevamente como líder de las economías europeas. España también, tras el fin del régimen de la dictadura, sufrió en los últimos 20 años un desarrollo espectacular en materia económica y social, y hoy se encuentra en consonancia con los modelos de competitividad de Europa.
- Los dos países han acogido ciudadanos del otro: Alemania a emigrantes españoles (emigración económica) y España a emigrantes alemanes (emigración turística o residencial). Hoy ambos acogen a emigrantes de terceros países.

y sus diferencias: Sistema “bismarckiano” versus “Beveridge”.

En cuanto a las regiones seleccionadas, Baviera y Castilla y León, destacamos el hecho de que

- Baviera y Castilla y León son los territorios autónomos más extensos de su respectivo país.

- Ambos están subdivididos en circunscripciones administrativas o provincias (7 en Baviera y 9 en Castilla y León).
- Ambos gozan de gran autonomía, uno por la estructura de Estados federales de Alemania (*Länder*) y otro por la organización territorial de España en las Comunidades Autónomas, con gran capacidad de autogobierno^{XLV}. Baviera se rige por la constitución bávara desde 1946 y Castilla y León tiene un estatuto de autonomía propio desde 1983, siendo el último en aprobarse en España.
- Ambos son gobernados en las últimas décadas por partidos políticos conservadores.
- En su desarrollo histórico, ambos poseían dos regímenes de cotización a la seguridad social, uno general (para la mayoría de la población y otros especiales (minería, agrario, trabajadores del mar, militares, etc)).
- Ambos poseen cajas de seguro, aunque con diferente finalidad. En el sistema público alemán, a diferencia del español, no existe una única caja de seguro pública, sino muchas, entre las que los asegurados pueden elegir y, además, el papel de las cajas juega un papel diferente en ambas regiones. En Alemania supone más del 50% de la financiación de la sanidad alemana, siendo en España únicamente la gestora y financiadora de las pensiones,

^{XLV} Título VIII de la Constitución Española, que establece la organización territorial de España en diecisiete Comunidades Autónomas.

del sueldo en caso de incapacidad, maternidad, etc. es decir, no interviene en la financiación de la sanidad, que sigue criterios de presupuestación.

En cuanto a sus diferencias, Baviera es uno de los Estados federales más poblados y ricos del mundo, mientras que Castilla y León es uno de los territorios menos poblados en toda Europa (27 habitantes /km²) y algo “menos rico”.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

Los sistemas sanitarios de las 2 regiones guardan fidelidad a los modelos que representan. Los dos sistemas presentan una equifinalidad (ofrecer a sus ciudadanos una adecuada asistencia sanitaria) a través de diferentes sistemas y organizaciones.

Cada sistema presenta ventajas e inconvenientes con respecto al otro.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

La base de referencia del presente estudio es, por una parte, el estudio de los sistemas sanitarios que a nivel europeo lleva a cabo el Observatorio Europeo sobre Sistemas Sanitarios dentro de una filosofía de convergencia y búsqueda de eficiencia, y por otra, un estudio de comparación entre dos ciudades Barcelona y Montreal, según el modelo descrito por García-Altés y colaboradores de la Agencia de Salud Pública de Barcelona en su comparación de servicios sanitarios entre las ciudades de Barcelona y Montreal³⁹, aprovechando así una metodología pionera en el análisis de sistemas a menor nivel que el “de país”, a saber, de “ciudad” en este caso. De este último trabajo deriva la elección de los indicadores más relevantes a comparar, dada la sólida fórmula de consenso empleada mediante sucesivas reuniones de grupos de expertos de las dos ciudades de dos continentes diferentes. La base inicial de estos parámetros fue el *UK NHS Performance Framework*, dada la similitud entre este marco referencial y los sistemas de España y Canadá. Los indicadores más relevantes se apuntan a continuación:

- Accesibilidad: Acceso a cirugías electiva, acceso a servicios de planificación familiar, acceso a dentistas, accesos a servicios de promoción de salud, número de médicos generales/habitantes, número de camas hospitalarias, otras
- Efectividad de servicios de salud: Inmunización infantil, detección precoz de cáncer y metobolopatías, tasas de cirugías electivas, prescripción de fármacos genéricos, porcentaje de cesáreas, otras

- Eficiencia: estancia media hospitalaria, prescripción de fármacos genéricos, porcentaje de cirugía mayor ambulatoria, otras
- Experiencia de usuarios: Libertad de elección de facultativo, listas de espera (número de pacientes y tiempos de espera), grado de satisfacción, otras
- Resultados de salud: Esperanza de vida, tasa de mortalidad cruda y por causas, tasa de mortalidad infantil, tasas de supervivencia por causas, otras.
- Estado de salud: Causas de muerte, causas por cáncer, causas por causas cardiocirculatorias, Tasas de suicidio, otras

No obstante, se han seleccionado indicadores que existían en común, y en los existentes en sólo una de las regiones se han omitido o, si considerados como relevantes, se hizo mención junto con la limitación que supone esa circunstancia.

Dado que Alemania difiere en varios elementos, como su estructura organizativa, del sistema sanitario español (y del canadiense o inglés), para el presente trabajo se ha adaptado la metodología existente a esta particularidad, y se ofrece así, a su vez, la oportunidad para valorar de forma crítica la utilidad de este modelo de comparación escogido.

La parte correspondiente al sistema en Alemania ha sido recopilada en gran parte a partir del documento de trabajo de referencia para el observatorio europeo sobre Sistemas Sanitarios, a saber, *“The Health Care Systems in*

*Transition profile on Germany 2004*⁹ de Reinhard Busse and Annette Riesberg de la universidad técnica de Berlín⁴⁰ (Technische Universität Berlin), de Alemania, así como de referencias del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España y del Ministerio Federal de Sanidad de Alemania y del Land Baviera.

La forma de encontrar los contenidos de los diferentes elementos se ha realizado mediante buscadores electrónicos y consulta de documentos programáticos ordenados vía telemática y obtenidos en formato papel o electrónico. Diferentes enlaces y documentos fueron obtenidos mediante contacto directo con autores relacionados con la materia vía email o telefónica, o a través de un contacto directo.

La selección de los autores y fuentes siguieron el criterio de oficialidad de la fuente y el grado de renombre o prestigio de la institución y del (de los) autor(es) en cuestión. La forma de medir el renombre/prestigio de un autor fue la frecuencia de referenciación en otros documentos relacionados y en la frecuencia de aparición de un autor al introducir diferentes palabras clave de búsqueda en los buscadores electrónicos, así como la valoración personal de la calidad y solidez de los contenidos.

Para algunos indicadores se han recogido datos de diferentes épocas para cada región, estableciendo series temporales que a posteriori se sometieron a comparación (intragrupo e intergrupo). Se ha procurado completar los datos brutos con cifras relativas, a veces calculadas por el autor del presente trabajo, para una mejor comparabilidad.

Para la mayoría de datos se ha intentado escoger los datos más recientes dentro de la máxima fiabilidad (datos definitivos).

Se realizaron análisis de documentos, se elaboraron figuras/tablas comparativas y se realizan comentarios en función de aportaciones personales y de otros autores.

Los cálculos estadísticos para la comparación de variables cuantitativas se basaron en la media con la prueba de t de Student o ANOVA, y de variables cualitativas, expresadas en porcentajes, con la prueba de Chi cuadrado. Los programas estadísticos empleados fueron *SPSS 13.0* y *EPIDAT 3.1.*, así como *excell* del paquete *office XP* de *windows*.

Material escogido

Recorrido histórico

Consulta de enciclopedias virtuales y de documentos encontrados por buscadores electrónicos, de documentación del Ministerio de Sanidad español y alemán, así como del Consejo Económico y Social de diferentes CCAA de España, así como de documentos entregados de forma personal por autores relevantes en la materia de universidades alemanas (*Hochschule für Wirtschaftswissenschaften* de la TU Berlin) y españolas (Universidad de Valladolid).

Datos demográficos

Los datos estadísticos sobre demografía han sido seleccionados a partir de oficinas de estadísticas nacionales para España y Alemania y regionales para Castilla y León y Baviera, respectivamente.

Datos económicos

Los datos económicos se han obtenido a partir de estadísticas de la OCDE y del foro económico mundial y de los Institutos de estadística de Alemania, Baviera y de España y Castilla y León.

Organización de los sistemas sanitarios

- 1) Documentos de contexto (de la UE)
- 2) Legislación: Documentos programáticos de Alemania y de España, de Baviera y de Castilla y León (boletines oficiales de Baviera y Alemania, de España y de Castilla y León).
 - a. Organización de sistemas: Documentos de trabajo de instituciones oficiales (Ministerio de sanidad federal y de Baviera, Consejerías de Sanidad de Castilla y León, Ministerio de Sanidad de España, Institutos de investigación alemanes y españoles.
- 3) Datos sobre financiación (España: publicaciones del INE, Ministerio de Economía, Hacienda, estudios de entidades privadas como bancos BBVA. Alemania: Ministerio de Economía y Ministerio Federal de Sanidad, StMUGV, Facultad de economía de la salud, universidad técnica de Berlín (*Technische Universität Berlin*))
- 4) Estadísticas de dotaciones (Alemania: Oficina federal de estadística (*Statistisches Bundesamt*), España: INE)
- 5) Estadísticas de resultados intermedios (asistencias prestadas en cada modalidad) (Alemania: Ministerio bávaro de sanidad, StMUGV. España: estadísticas de la CA, MSC)

- 6) Estadísticas de resultados finales (sociodemográficos) (España: La Caixa, Fundación BBVA, La Caixa; Alemania: Fundación Bertelsmann, Destatis)
- 7) Otras fuentes: Artículos de publicaciones (Alemania: Blaue Reihe des Berliner Zentrums Public Health, Forum Public Health, Journal of Public Health, Publicaciones de diversos organismos de investigación de salud pública de los *Länder* alemanes. España: Gaceta Sanitaria, Revista de Administración Sanitaria, Revista de Calidad Asistencial, Revista Española de Salud Pública, Boletines autonómicos. Otras revistas especializadas alemanas y españolas)
- 8) Entrevistas personales con personas expertas en la materia, como el presidente de la agencia de calidad de Baviera, Prof.Dr.Henninger, y diversos profesionales del Hôpital Necker, Paris, durante una estancia dentro del programa HOPE 2009 de intercambio de profesionales multidisciplinar de la Unión Europea (Julio 2009).

Consulta de Fondos bibliográficos de:

- Ministerio de Sanidad de España
- Ministerio de trabajo y de Asuntos Sociales de España
- Ministerio de sanidad de Alemania (*Ministerium für Gesundheit*)
- Consejería de Sanidad de Castilla y León
- Ministerio de Sanidad de Baviera, StUMGV

- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) - Instituto de Gestión de la calidad y eficiencia del sistema sanitario (RFA)
- Institutos y Sociedades de investigación en salud pública
 - Regionales: Baviera: Institut für Gesundheitsökonomie, IfG (Instituto de economía de la salud). Múnich
 - Federales: *Institut für Volkswirtschaftslehre und Wirtschaftsrech, tFinanzwissenschaft und Gesundheitsökonomie* (Instituto de economía y derecho económico y economía de la salud, Universidad TU Berlín)
 - Españolas, nacionales y autonómicas (Consejo económico y Social del Principado de Asturias y Castilla y León)
 - Europeas (Libro Blanco 2008, Juntos por la salud)
- Otras
- Consulta por Internet:
 - Páginas de los organismos e instituciones mencionados
 - Análisis de la normativa comunitaria
 - Consulta de bases de datos y sistemas de información (INE, EUROSTAT, otros)
 - Google
 - Pubmed
- Asistencia a Cursos de formación interdisciplinares
- Eventuales visitas a:
 - Centros de investigación de referencia en salud pública
 - Universidades

- Delegaciones ministeriales
- Institutos de Investigación españoles, alemanes y europeos

Finalmente se realiza un análisis DAFO⁴¹ para encontrar **D**ebilidades, **A**menazas, **F**ortalezas Y **O**portunidades, puntos de encuentro y estrategias convergentes de futuro. Este recurso, que tuvo su origen en los años setenta, es útil en el campo de la estrategia empresarial. Y siendo el sistema sanitario en definitiva una gran empresa, pública o privada, que sigue al menos criterios de eficiencia, el objetivo del análisis DAFO es determinar las ventajas competitivas de la misma.

Análisis DAFO	Fortalezas	Debilidades
Análisis Interno	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidades distintas • Ventajas naturales • Recursos superiores 	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos y capacidades escasas o deficientes, inequidad • Resistencia al cambio • Problemas de motivación del personal
	Oportunidades	Amenazas
Análisis Externo	<ul style="list-style-type: none"> • Nuevas tecnologías • (Debilitamiento de competidores) • Posicionamiento estratégico • Eficiencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Altos riesgos - Cambios en el entorno

4. LOS RESULTADOS

4.1. LEGISLACIÓN Y ORGANIZACIÓN POLÍTICO ADMINISTRATIVA

4.1.1. Alemania y España

Alemania

El Estado alemán se compromete en el Art. 20 párrafo 1 de la Constitución alemana a un modelo de Estado democrático y social y asume la responsabilidad ante sus ciudadanos de garantizarles condiciones de vida “correctas y dignas”. El sistema sanitario constituye un mecanismo para alcanzar este objetivo. Las bases de este principio fueron fijadas en el año 1883 por el canciller del Reich *Otto von Bismarck* con la creación de los llamados *seguros sociales*, que tenían como objetivo proteger a la población frente a determinados riesgos de la vida (paro, accidentes, enfermedad, necesidad de cuidados, pensiones), y que apenas se han modificado en su estructura organizativa.

Alemania fue el primer país del mundo en desarrollar un sistema de seguros Sociales obligatorios. Todo el derecho social (*Sozialrecht*), incluido el sistema sanitario (*Gesundheitswesen*) es competencia del Estado (*Bund*) y sólo subsidiariamente de los *Länder*.

La mayor parte del sistema sanitario, en particular la legislación sobre el seguro estatutario obligatorio (SEE) y el seguro de dependencia se regula en el

ámbito federal, en el Código Social, libros V (SGB V)^{XLVI} y XI (SGB XI), respectivamente. El SGB V se aprobó el 1 de enero de 1989 y La Ley de dependencia alemana (SGB XI) se aprobó el 1 de enero de 1995. El libro VII regula los el aseguramiento por accidentes, incluidos los de trabajo y las enfermedades profesionales.

El gobierno central establece en este código el marco organizativo, financiador y de provisión de la asistencia sanitaria a la población y define las bases de obligatoriedad de aseguramiento y el acceso de los asegurados a los servicios de los proveedores.

El gobierno federal se encarga de la planificación estratégica a gran escala y política sanitaria general y de la elaboración de Leyes federales.

El Ministerio de Administraciones públicas alemán (*Bund*) cede a las cajas de enfermedad y a los proveedores, dentro de su naturaleza de autogestoras, la aplicación de esta normativa (provisión y retribución de servicios) y delega las competencias fiscales y de articulación a los *Länder*.

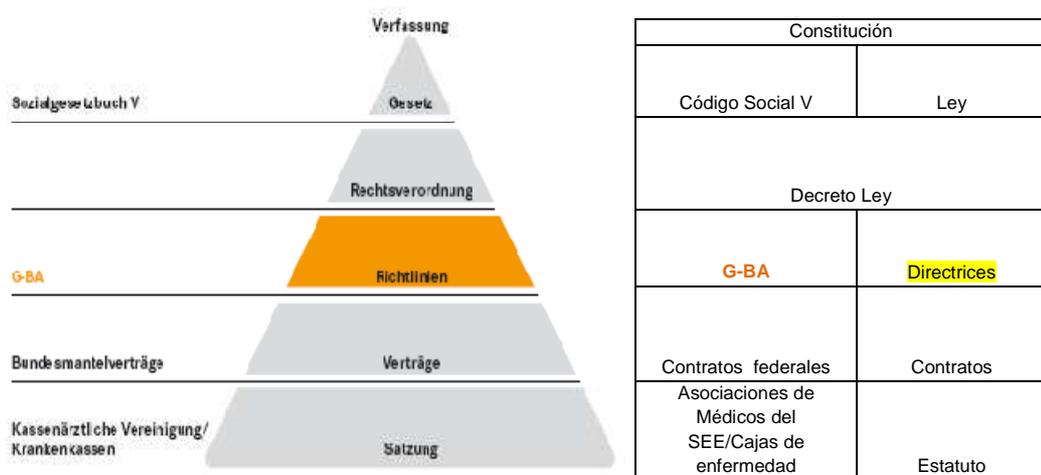
El Código Social V (SGB V) define en su § 91 a 94 al llamado Comité Federal Conjunto (*Gemeinsamer Bundesausschuss, G-BA*) como órgano de decisión supremo a nivel federal de la autogestión conjunta de médicos, odontólogos, psicoterapeutas, hospitales y cajas de enfermedad aseguradoras. Decide y elabora de directrices para el catálogo de prestaciones de las SEE

^{XLVI} El SGB V consta de 12 capítulos, cada uno de los cuales describe: 1) principios generales, 2) SEE y SPE, 3) paquetes de beneficios y catálogo de prestaciones, 4) que es el capítulo más extenso y refleja los mecanismos de interacción y negociación entre las cajas de enfermedad y las asociaciones de médicos y otros proveedores, 5) Consejo consultivo para la evaluación del desarrollo del sistema sanitario, 6) y 7) Estructura organizativa de las cajas de enfermedad , 8) Financiación de las cajas incluido la compensación por estructura de riesgo, 9) Servicio médico de las cajas, 10) Procesamiento y protección de datos, 11) Régimen sancionador, 12) Regulaciones especiales para los países de la antigua RDA. El libro SGB XI es similar al SGB V en su estructura y contenido.

para más de 70 millones de asegurados y decide qué prestaciones médicas deben ser restituidas por parte de las cajas. Fue creado en 2004 con la penúltima reforma sanitaria, a través de la llamada „Ley para la modernización del seguro estatutario de enfermedad“ (*Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung, GMG*), y aglutinó los comités de los diferentes sectores, que hasta la fecha funcionaron de forma independiente. La sede del G-Ba está en Siegburg (Land de Nordrhein-Westfalen) y está subordinado al Ministerio de Sanidad de Alemania.

El G-BA decide las líneas de actuación y la manera uniforme y vinculante de la puesta en práctica de las leyes decididas en el Parlamento alemán. Las directrices decididas en el G-BA tienen carácter de norma básica y son jurídicamente vinculantes para los asegurados estatutarios (asegurados obligados) y para los actores de la atención sanitaria (Médicos, cajas de enfermedad y hospitales).

Figura 21: Jerarquía jurisprudencial en el que se inserta el Comité Federal Conjunto (G-Ba)



Entre las funciones del G-BA destacan:

- Decisión de las prestaciones que deben ser incluidas en el catálogo de prestaciones de las cajas de enfermedad, a nivel ambulatorio y hospitalario. En esta decisión participan los proveedores y las cajas aseguradoras, así como representaciones de pacientes (aunque éstos sin voto, sólo con voz).
- Regular la provisión de medicamentos y sustancias de parafarmacia
- Elaboración de medidas médicas, diagnósticas y terapéuticas (desarrollo de programas estructurados para enfermedades crónicas y enfermedades raras –gestión de enfermedades (*disease management programmes*)-).
- Prever y decidir medidas para el aseguramiento de la calidad en la atención ambulatorio y hospitalario del sistema de salud (SGB V §137).
- Elaborar previsiones de desarrollo
- Publicación de indicadores de calidad de los hospitales de toda Alemania (*Benchmarking*), que permite a cada hospital compararse con los demás.
- Elaboración de las condiciones marco para una auditoría interna de los hospitales.
- Decidir el contenido de la formación continuada de los médicos hospitalarios.
- Determinación de los estándares de calidad de las infraestructuras y de los resultados, y de los valores mínimos según datos basados en la evidencia.

- Creación el 1 de junio de 2004 del IQWiG (*Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen*) o Instituto para la calidad y eficiencia del sistema de salud. Es una fundación privada, bajo el mandato del G-BA, que mide, documenta y evalúa la utilidad médica, la calidad y la eficiencia de las prestaciones de las cajas de enfermedad para diagnóstico y tratamiento, así como la suficiencia, oportunidad y eficiencia de las innovaciones tecnológicas en virtud del estado del arte de la medicina. Su sede está en Colonia (Nordrhein-Westfalen).

Las reformas sanitarias requieren la aprobación de los miembros del senado (*Bundesrat*). A nivel europeo se produce desde 1989 quinquenalmente una conferencia de ministros de sanidad y medio ambiente.

Dada la organización política general de Alemania en Estados federales, la regulación de los servicios sanitarios se distribuye entre el gobierno central o federal, los *Länder* y los gobiernos locales.

Los *Länder* sólo tienen competencia legislativa en materia sanitaria de forma subsidiaria, es decir, en la medida en que no colisionan con alguna Ley federal^{XLVII} (*Bundesgesetz*), en cuyo caso prevalece la normativa del *Bund* (administración central). No obstante, tienen competencia exclusiva en manipulación genética y regulación de transplantes de órganos, tejidos y células.

La estadística de las enfermedades de declaración obligatoria se lleva realizando desde 2001 en base a la Ley de protección contra infecciones

^{XLVII} Art. 72 y 74 de la Constitución alemana (Grundgesetz),

(*Infektionsschutzgesetz*), aprobada en julio de 2000 y reformada en 2007. La elaboración de los informes está centralizada en el *Robert Koch Institut, RKI* (instituto Robert-Koch), en Berlín, que equivale al Centro Nacional de Epidemiología de Madrid. Por otra parte, todas las recomendaciones de salud pública emanan de este instituto, así como las recomendaciones del control de infecciones, a través de la *Ständige Infektionskommission (STIKO)* o Comisión permanente de infecciones.

España

La Constitución Española de 1978 establece, en su artículo 43, el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, constituye la respuesta normativa básica al mandato constitucional sobre el derecho a la protección de la salud (Art.43 de la CE).

La descentralización de la sanidad iniciada en 1979 responde, a su vez, al mandato constitucional de otorgar a las Comunidades Autónomas competencias para organizar, entre otros, su sistema sanitario^{XLVIII}. La construcción del Sistema Nacional de Salud debe implicar, por lo tanto, la concentración de los servicios sanitarios bajo la responsabilidad y dirección de las Comunidades Autónomas y la coordinación del Estado.

A nivel nacional rige el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

^{XLVIII} Art.148 (21) de la constitución española

Los principios y criterios sustantivos que permiten el ejercicio de este derecho se regulan por la Ley 14/1986, General de Sanidad y se concretan en:

- financiación pública, universalidad y gratuidad de los servicios sanitarios en el momento del uso
- derechos y deberes definidos para los ciudadanos y para los poderes públicos
- descentralización política de la sanidad en las Comunidades Autónomas
- prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados
- integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud.

El RD 1277/2003, de 10 de octubre, de ámbito estatal, establece las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, y establece una definición común de los mismos para todas las CCAA, y crea un registro y catálogo de dichos centros.

Ley 16/2003 del 28 de mayo, Ley de Cohesión y Calidad del SNS (LCyCSNS):

- pretende garantizar la calidad y equidad del SNS
- establece el catálogo de prestaciones sanitarias comunes a todas las CCAA

- coordinada las políticas sanitarias autonómicas a nivel nacional a través del Consejo interterritorial.

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (a nivel nacional).

En el Art.15 del Real Decreto 432/2008, de 12 de abril, por el que se reestructuran los departamentos ministeriales tras las últimas elecciones generales en marzo de 2008, al Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) corresponde “la propuesta y ejecución de la política del Gobierno en materia de salud, de planificación y asistencia sanitaria y de consumo, así como el ejercicio de las competencias de la Administración General del Estado para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud” -nada más-. La nueva estructura orgánica del MSC se plasma en el Real Decreto 1133/2008 y entrada en vigor el 9 de julio de 2008.

La atención a la dependencia:

En 2006 se aprobó la Ley 89/2006, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, llamada comúnmente “Ley de la dependencia”, que va dirigida a personas mayores y personas con discapacidad. Crea el Sistema Nacional de Dependencia, donde participan el Estado, las CCAA y las Entidades Locales.

Entre el abanico de prestaciones destacan ayuda a domicilio, centros de día o de noche, atención residencial y, en caso de no existir oferta pública del servicio necesario, las personas con gran dependencia podrán recibir prestaciones económicas para recibir ayudas en el mercado privado, o bien, de forma excepcional, optar por ser atendido en su entorno familiar, recibiendo

cuidados y una compensación económica. El distanciamiento entre esta esfera del bienestar y la sanitaria puede conducir a dificultades de tipo operativo perjudiciales para la población en situación de necesidad, lo que se ha manifestado en cuestiones como la lentitud en la evaluación de peticiones de ayuda. En la práctica, un plano de desvinculación se sitúa en la medicina de primera línea, que, entregada a tareas de salud comunitaria, se ha colocado de forma poco operativa para la acción médico-social personalizada.

Servicios de salud privados

La Sanidad privada está regulada en España por el Real Decreto 1/1995 de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del estatuto de los trabajadores, incluida la Ley orgánica 3/2007 para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Los convenios colectivos están sujetos a negociaciones entre empresa y sindicatos, cuyas resoluciones son publicadas en el BOCYL.

En el Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, se aprueba el Reglamento sobre colaboración de las Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social.

La sanidad pública establece convenios con centros privados para atender a las necesidades que las infraestructuras y RR.HH públicos no cubren con suficiencia, según lo establecido en la LGS, que en su artículo 90 dice: *“...corresponde a las Administraciones Públicas sanitarias el establecimiento de conciertos para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos a ellas, así como fijar los requisitos y condiciones mínimas, básicas y comunes aplicables a los conciertos...”*, y lo establecido en el artículo 29 de la Ley

1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León, que viene a decir lo mismo⁴².

Alemania	España
<p>Códigos sociales Sozialgesetzbuch (SGB)</p> <p>V: Ley de <u>Seguro de enfermedad</u></p> <p>VII: Ley de accidentes de trabajo</p> <p>XI: Ley de dependencia (1995).</p> <p>Conferencia de Ministros y senadores de Sanidad (GMK): Coordinación de actuaciones sanitarias de los <i>Länder</i> (<i>catálogo de prestaciones G-BA</i>)</p> <p>Planificación de dotación de médicos (SGB V §137)</p> <p>IQWIG: Instituto de calidad y eficiencia</p> <p><u>Recomendaciones de SALUD PÚBLICA</u> (RKI)</p> <p>Recomendaciones para innovación (IQWIG)</p> <p>RETRIBUCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> - de médicos contratados (TVöD) - de médicos concertados (GOÄ/GOZ) 	<p>CE: Art. 43 (Protección de la salud)</p> <p>LGS 14/1986, de 25 de abril, (SNS)</p> <p>Ley 31/1995 de prevención de r.laborales</p> <p>Ley de dependencia (Ley 89/2006)</p> <p>Ley 16/2003 del 28 de mayo, Ley de Cohesión y Calidad del SNS (LCyCSNS),</p> <p>Consejo interterritorial.</p> <p>Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de prestaciones sanitarias del SNS.</p> <p>Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (sistema MIR): <u>FORMACIÓN ESPECIALIZADA</u></p> <p><u>FISCALIDAD</u></p>

4.1.2. Baviera y Castilla y León

Baviera

Dada la organización política general de Alemania en Estados federales, la regulación de los servicios sanitarios se distribuye entre el gobierno central o federal, los *Länder* y los gobiernos locales.

Los *Länder* sólo tienen competencia legislativa en materia sanitaria de forma subsidiaria, es decir, en la medida en que no colisionan con alguna Ley federal^{XLIX} (*Bundesgesetz*), en cuyo caso prevalece la normativa del *Bund* (administración central). No obstante, tienen competencia exclusiva en manipulación genética y regulación de transplantes de órganos, tejidos y células.

Los *Länder* son responsables de la planificación, financiación y garantía de infraestructura para cuidados, administración y supervisión local de las cajas de enfermedad (KK) y de las asociaciones médicas (KV), de la configuración del servicio de salud pública, de la implantación de medidas frente a enfermedades transmisibles, así como asegurar la infraestructura de hospitales, dentro del marco del SGB V y SGB XI (seguro de dependencia). También se responsabilizan de la convalidación de titulaciones de profesiones médicas y afines.

La coordinación de las actuaciones sanitarias de los *Länder* se efectúa a través de la Conferencia de Ministros y Senadores de Sanidad (*Ministergesundheitskonferenz, GMK*) y, en lo referente a las KK, la

^{XLIX} Art. 72 y 74 de la Constitución alemana (Grundgesetz),

Conferencia de Empleo y de Asuntos Sociales de cada Land. Equivaldría al Consejo interterritorial del SNS de España.

La ordenación de consultas concertadas, que constituye el grueso de proveedores, está recogida en el Reglamento para la autorización de consultas del SEE (*Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV)*^L. En él las Asociaciones de Médicos del SEE (KV) y los representantes de las cajas KK a nivel de *Land* determinan las necesidades de profesionales, según especialidades y zonas geográficas, y establecen las directrices legales para la apertura o traspasos de nuevas consultas.

Los municipios se encargan de asuntos relacionados con la salud pública e higiene a nivel municipal, como aguas sanitarias, depuración de aguas.

La Ley de protección de la salud bávara (*Gesundheitsschutzgesetz*, (GSK), tiene como único contenido, y objetivo, la protección de la población (fumadores pasivos) frente al tabaco (entrada en vigor 1 de enero de 2008). Consta de 11 artículos.

Existe amplia legislación sobre la protección del medio ambiente (emisiones, entorno natural).

Del control de la seguridad alimentaria se encargan la oficina de control de alimentos de cada *Land*, en este caso la oficina del *Land* Bayern que desde 2002 se llama Oficina regional para la sanidad y seguridad alimentaria) (*Bayerisches Landesamt für das Gesundheitswesen und für*

^L BOE federal de 1957, última modificación el 22.12.2006

Lebensmittelsicherheit). Esta oficina está sometida a las directrices de la Unión europea.

Las estadísticas de hospitales emanan de encuestas, que tienen carácter obligatorio (ordenamiento de estadística de hospitales emitido por la Asociación Federal de hospitales (DKG)^{LI}. Son rellenas por los responsables institucionales de los hospitales.

Las estadísticas de mortalidad se realizan en base a los certificados de defunción de los médicos siguiendo reglas de clasificación internacionales. (ICD-10). La asignación de lugar se rige por el empadronamiento.

Castilla y León

El Estatuto de Autonomía de Castilla y León, aprobado por la Ley Orgánica 4/1983, de 25 de febrero, y reformado primero por la Ley Orgánica 11/1994 y después por Ley Orgánica 4/1999, atribuye a la Comunidad Autónoma competencias en materia de sanidad e higiene, promoción, prevención y restauración de la salud, coordinación hospitalaria en general, incluida la de la seguridad social, el régimen de ordenación farmacéutica, colegios profesionales e inspección^{LII}. En lo que respecta al desarrollo y ejecución de la legislación del Estado; asimismo establece la capacidad de desarrollo legislativo y de ejecución en el marco de la legislación básica, en materia de coordinación hospitalaria en general, incluida la de la Seguridad Social.

^{LI} Última modificación en marzo 2009.

^{LII} Art. 34.8 de la Ley Orgánica 4/1999, de 8 de enero, de reforma de la Ley Orgánica 4/1983, del Estatuto de autonomía de Castilla y León.

Las prestación sanitaria de Castilla y León, igual que en el resto de España, es la contemplada en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud definido en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Estas prestaciones se hacen efectivas de acuerdo con el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Ley de la Comunidad de Castilla y León 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud. Esta ley tiene por objeto promover el cumplimiento de los derechos y deberes en relación con la salud, reconocidos y establecidos en la Constitución, en los tratados y acuerdos internacionales ratificados por el Estado español y en las restantes normas del ordenamiento jurídico y consta de 50 artículos.

La titularidad de los derechos son todos los españoles y extranjeros residentes en España, así como los recogidos en los supuestos especiales (menores de 18 años, embarazadas, urgencias).

La Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario establece la regulación general de las actividades sanitarias públicas y privadas en la Comunidad de Castilla y León

La asistencia sanitaria es ofrecida por ambulatorios de atención primaria y especializada, una red de hospitales públicos y privados.

El Decreto 24/2003, de 6 de marzo, desarrolla la estructura orgánica de los servicios periféricos de la gerencia regional de salud de Castilla y León, órgano autónomo adscrito a la Consejería de Sanidad y Bienestar social^{LIII}.

La Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario establece la regulación general de las actividades sanitarias públicas y privadas en la Comunidad de Castilla y León, la constitución del Sistema de Salud de Castilla y León y la creación de la Gerencia Regional de Salud, como instrumento institucional para la gestión de las competencias y recursos que se le encomienden. El desarrollo de esta ley se aprobó con el decreto 93/1999, de 29 de abril.

La ordenación sanitaria de la Comunidad de Castilla y León responde a los siguientes principios:

- Universalización de la atención sanitaria para toda la población de la Comunidad, garantizando la igualdad efectiva de acceso a los servicios y actuaciones sanitarias.
- Concepción integral de la salud, incluyendo actuaciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación.
- Promoción de una atención preventiva, curativa y rehabilitadora próxima al medio familiar.
- Eficacia y eficiencia en la asignación, utilización y gestión de los recursos.

^{LIII} BOCYL nº 49 de 12/03/2003

- Descentralización, autonomía y responsabilidad en la gestión de los servicios.
- Mejora continua de la calidad de los servicios, con un enfoque especial a la atención personal, la comodidad y el trato humano del paciente y sus familiares.
- Promoción del interés individual y social por la salud y el sistema sanitario.
- Participación de la Comunidad en la orientación y evaluación de los servicios.
- Libertad en el ejercicio de actividades sanitarias.
- Superación de las desigualdades socioeconómicas y eliminación de los desequilibrios territoriales en la prestación de los servicios sanitarios y sociosanitarios.
- Integración funcional de todos los recursos sanitarios públicos

Esta ley define también el *Plan de Salud* de Castilla y León, que constituye la principal referencia de planificación estratégica de salud en la Comunidad Autónoma y se renueva con una periodicidad definida en el mismo plan. El último Plan, aprobado por Decreto 212/1998 de 8 de octubre^{LIV} contempló el período 1998-2007. El 3º Plan de salud está en proyecto y se refleja en el DECRETO 107/2005, de 29 de diciembre, por el que se establecen las directrices para la elaboración del III Plan de Salud de Castilla y León, y se crea la Comisión de Coordinación Intersectorial.

^{LIV} B.O.C.Y.L. nº 197 de 14 de octubre de 1998

A su vez, se describe en dicha ley la organización general del sistema sanitario en Castilla y León, su articulación funcional y los órganos constituyentes con sus competencias.

Mediante el Real Decreto 1480/2001, de 27 de diciembre, se procedió al traspaso a la Comunidad de Castilla y León de las funciones y servicios del Instituto Nacional de Salud. Entre las funciones traspasadas, la Comunidad Autónoma asumió la correspondiente a la contratación, gestión, actualización y resolución de conciertos con entidades e instituciones sanitarias o asistenciales, subrogándose, a partir de la efectividad del traspaso, en los conciertos en vigor entre el Instituto Nacional de Salud y otros organismos y entidades.

De acuerdo con este traspaso de funciones y servicios, y subrogación, y en el ejercicio de las competencias atribuidas en el artículo 55.9 de la Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León, la Junta de Castilla y León aprobó mediante Acuerdo 165/2004, de 23 de diciembre, la revisión de las condiciones económicas aplicables en 2004, a la prestación de servicios de asistencia concertada en el ámbito de gestión de la Gerencia Regional de Salud, con atribuciones de competencias al Presidente de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, para aprobar las tarifas por la concertación de servicios, así como su modificación y revisión, previo informe al Consejo de Administración de las propuestas relativas a los mismos^{LV}.

^{LV} Artículo 44 de la Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario, en su redacción dada por la Ley 9/2004, de 28 de diciembre, de Medidas Económicas, Fiscales y Administrativas

Por otra parte, el Capítulo IV de la Ley de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León, que trata de la colaboración de la iniciativa privada, determina el marco de las relaciones para la prestación de los servicios sanitarios y sociosanitarios, así como las condiciones y requisitos para la formalización de los convenios singulares de colaboración y de los conciertos en general⁴³.

Figura 22: Resumen legislación Alemania — Baviera vs. España — Castilla y León

	Alemania — Baviera	España — Castilla y León
Competencias estatales	<p>Legislación complementaria entre <i>Land</i> y <i>Bund</i>.</p> <p>Planificación estratégica: elaboración de las leyes federales, plasmadas en los códigos sociales SGB V, que regulan el sistema sanitario a nivel federal.</p> <p>Retribución de proveedores según GOÄ/GOZ (norma oficial tarifaria para médicos/odontólogos)</p> <p>Coordinación de actuaciones sanitarias de los <i>Länder</i> a través de la conferencia de Ministros y senadores de Sanidad (GMK)</p> <p>Ley federal sobre Ordenamiento de industria y de locales de trabajo (<i>Verordnung über die Arbeitsstätten und Gewerbeordnung</i>)^{LVI}</p>	<p>Constitución Española (artículo 43: derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos).</p> <p>Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (SNS)</p> <p>Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.</p> <p>Ley 16/2003 del 28 de mayo, Ley de Cohesión y Calidad del SNS (LCyCSNS), que pretende garantizar la calidad y equidad del SNS y coordinador las políticas sanitarias autonómicas a nivel nacional a través del Consejo interterritorial.</p> <p>Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias</p> <p>Sanidad exterior.</p> <p>Legislación sobre productos farmacéuticos. (Art. 149.16 de la CE).</p> <p>El RD 1277/2003, de 10 de octubre, de ámbito estatal, establece las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos</p>

^{LVI} BGBI I S 1569 (BOE federal 1974)

		<p>sanitarios, y establece una definición común de los mismos para todas las CCAA, y crea un registro y catálogo de dichos centros.</p> <p>Real Decreto 1/1995 de 24 de marzo, por el que se regula la Sanidad privada en España</p>
--	--	--

<p>Competencias regionales (<i>Land</i> o CA)</p>	<p>Competencia fiscal</p> <p>Articulación de la provisión y de servicios sanitarios.</p> <p>Autorización de establecimiento de consultas concertadas^{LVII}</p> <p>Planificación y financiación de infraestructuras (hospitales y otros)</p> <p>Planificación de dotación de médicos (KV y KK)</p> <p>Supervisión regional de las KK y KV</p> <p>Salud pública e higiene (ejecución)</p> <p>Convalidación de títulos de profesiones médicas y afines (formación especializada)</p> <p>Gesundheitsschutzgesetz (Ley antitabaco)</p>	<p>Transferencias de las competencias en materias de Sanidad e higiene a las CCAA (Art.148.1.21 de la CE).</p> <p>El Estatuto de Autonomía de Castilla y León, (Ley Orgánica 4/1983, de 25 de febrero, 11/1994 y 4/1999), atribuye a la Comunidad Autónoma competencias en materia de sanidad e higiene, promoción, prevención y restauración de la salud, coordinación hospitalaria en general, incluida la de la seguridad social, el régimen de ordenación farmacéutica, colegios profesionales e inspección.</p> <p>Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León, establece, entre otros, los Planes de Salud para Castilla y León (3º plan: 2008-2014)</p> <p>Ley Orgánica 4/1999: Competencias en materia de sanidad e higiene, promoción, prevención y restauración de la salud. Salud pública e higiene (legislación y ejecución)</p> <p>Decreto 49/2005 de 23 de junio, régimen jurídico y procedimiento para la autorización de centros sanitarios, servicios y establecimientos sanitarios</p> <p>Retribución de proveedores</p>
<p>Competencias locales</p>	<p>Sanidad ambiental</p> <p>Autorización de apertura de centros sanitarios</p>	<p>Sanidad ambiental</p> <p>Promoción de la salud</p>

^{LVII} Reglamento de autorización de establecimiento de médicos concertados (Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV), BOE federal de 1957, última modificación el 22.12.2006

4.2. FINANCIACIÓN

4.2.1. Gasto sanitario

4.2.1.1. Alemania y Baviera

Todos los sistemas de salud de los países del espacio europeo y de la mayor parte del mundo desarrollado tienen en común una crónica insuficiencia financiera, donde los gastos sanitarios crecen más que el PIB y los ingresos fiscales, año tras año.

Entre sus objetivos se encuentra el de la eficiencia, es decir, la aplicación de medidas de racionalización y el control de costes, que no dejan de incrementarse, por el desarrollo tecnológico, el crecimiento y el envejecimiento de la población (aumento de la demanda), y patrones de conducta frente a la enfermedad y la imagen personal cada vez más “consumistas”.

Se estima que la carga económica anual que suponen las enfermedades cardiovasculares, primera causa de morbi-mortalidad en Europa, puede cifrarse en un 1 % del PIB, y los costes de los trastornos psíquicos, entre un 3 % y 4 % del PIB⁴⁴. El gasto en atención sanitaria correspondiente a prevención, protección y mejora de la salud física y psíquica de la población en general, según datos de la OCDE, actualmente se sitúa, en promedio, en el 3 % de los presupuestos generales anuales de sanidad de sus Estados miembros, mientras que el 97 % restante se gasta en atención sanitaria y tratamientos⁴⁵.

El tanto por ciento del PIB dedicado a la totalidad de gastos de salud es más bajo en los sistemas *Beveridge*, como Reino Unido o España o Italia que en los sistemas *bismarckianos*, como Francia, Suiza o Alemania.

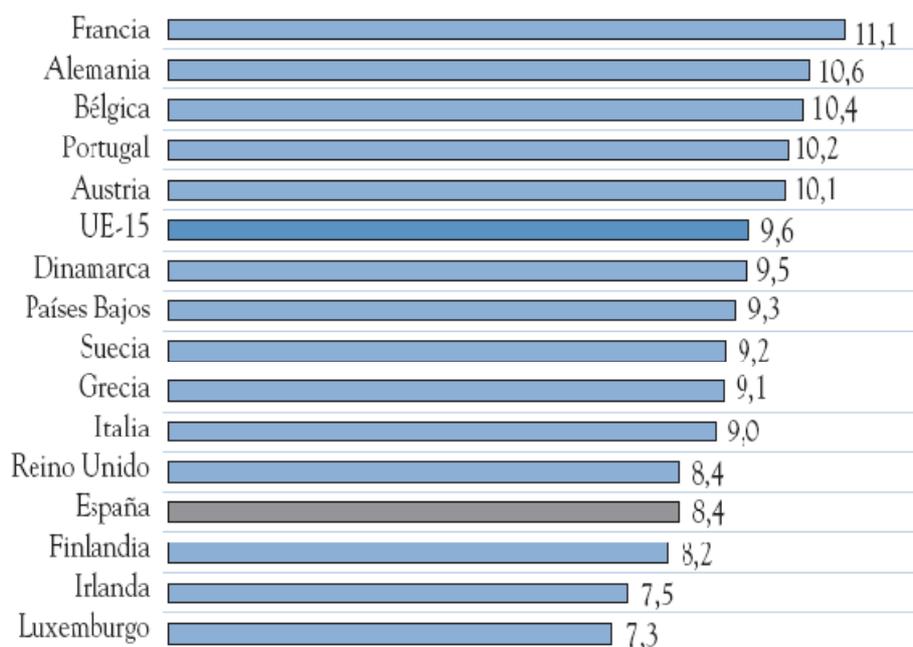
Figura 23: Ranking de países para gastos en la sanidad

Indicador de estructura	AT	BE	DE	DK	ES	FR	FI	GR	IT	IE	LU	NL	PT	SE	UK
Gasto sanitario per cápita	2	6	4	9	13	3	12	14	11	8	1	5	15	7	10
Gasto hospitalario per cápita	2	9	3	10	14	3	12	13	11	7	1	5	15	5	4
Gasto ambulatorio per cápita	2	7	4	3	3	12	11	15	14	6	1	9	13	5	10
Gasto farmacéutico per cápita	6	7	2	15	9	1	11	10	12	5	3	13	3	14	4
Gasto sanitario total	3	4	1	9	14	1	15	3	11	12	12	7	6	5	10
Gasto sanitario público total	3	3	2	5	15	1	13	14	11	11	6	10	9	3	6
Gasto sanitario privado total	3	3	5	13	5	3	11	1	9	13	15	2	3	10	12
Pago individual en el gasto sanitario	10	2	3	9	4	13	6	1	5	11	15	14	3	7	11
Financiación pública	10	1	8	2	1	6	7	1	9	5	1	1	1	4	3
Financiación privada	6	5	8	14	2	10	9	1	7	11	15	3	4	12	13
Participación individual en la financiación como % del PIB	12	4	10	7	2	13	3	1	6	9	15	14	5	8	10

Alemania

Entre los países de la OECD, Alemania ocupa en el año 2006 el 4º puesto en cuanto gasto sanitario, con un 10,6% del PIB, superado únicamente por EEUU (15,6%), Suiza (11,6%) y Francia (11,1%).

Figura 24: Gasto sanitario como % del PIB. Año 2006



Fuente: OECD HEALTH DATA 2008, versión junio. Datos correspondientes a 2006.

El gasto sanitario de Alemania para 2008 son 283.200.000.000, llegando a un 11% del PIB, siendo el sector de mayor volumen económico en Alemania.

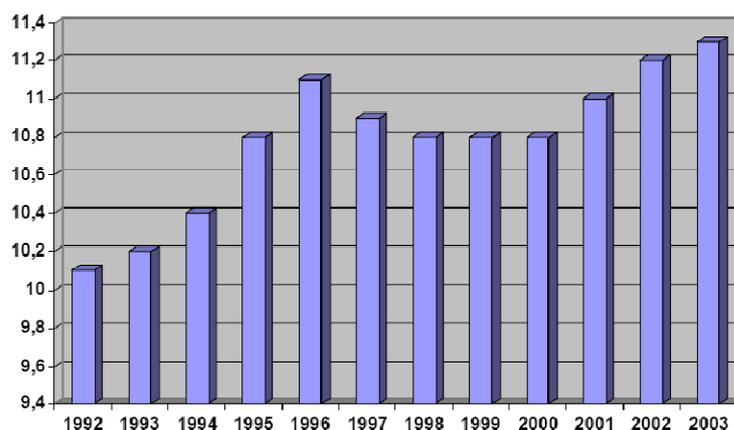
El alemán es así uno de los sistemas sanitarios más caros del mundo.

El *presupuesto* sanitario del Estado alemán son unos 150.200.000.000 euros€ para el año 2008, casi la mitad del gasto real. El gasto sanitario público supone el 8,6% del PIB en Alemania y el 5,5% en España. El gasto privado representa cifras semejantes: un 2,4 y 2,2% respectivamente.

La parte del león del gasto, aproximadamente un 50% de todo el presupuesto sanitario de la RFA, lo constituye el SEE (148.000.000.000 euros en 2007; en 2005 supuso unos 143.500.000.000 de euros, un 3,1% menos). La sanidad privada consume 17.300.000.000 euros anuales. El volumen de negocio de balnearios y sanatorios de curas rondan los 26.000.000.000 de euros⁴⁶. En Alemania una cuarta parte del presupuesto sanitario se destina a la financiación de hospitales.

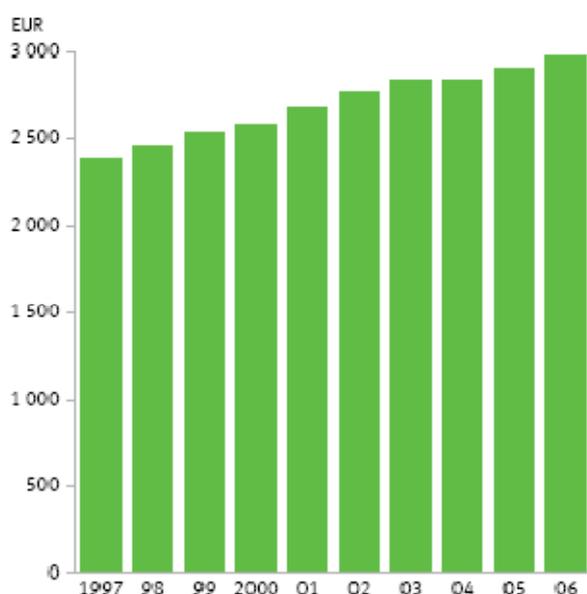
El gasto sanitario de Alemania se refleja en las siguientes figuras⁴⁷. Las cifras van en aumento a lo largo de la historia hasta hoy en día.

Figura 25: Evolución del gasto sanitario total en % del PIB. Alemania



Fuente: Instituto Federal de Estadística: 2005

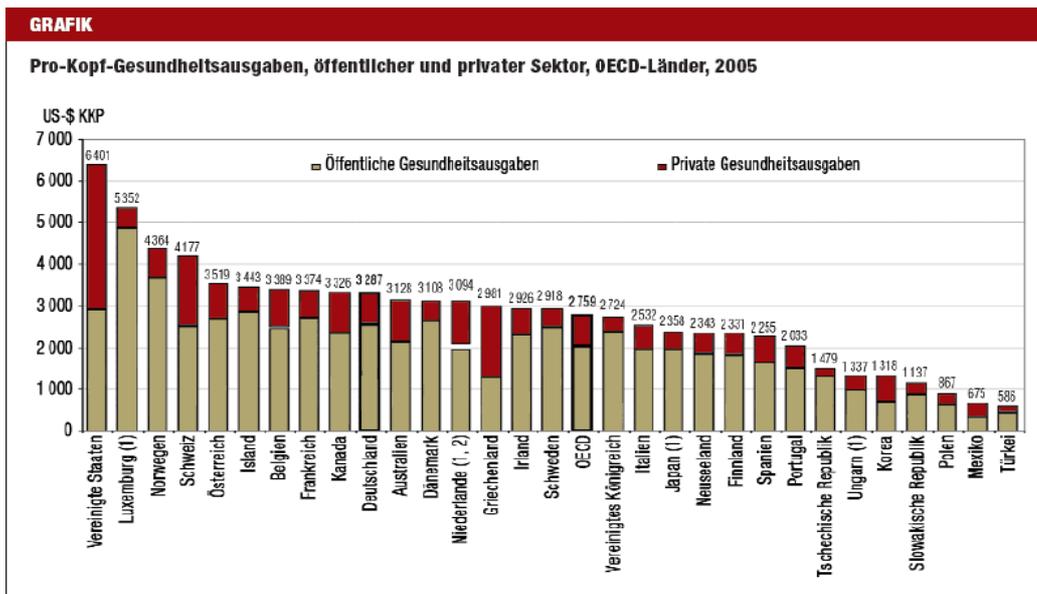
Figura 26: Gasto sanitario total per cápita, en euros



Fuente: Instituto federal de estadística (libro anual de 2008)

En la figura 27 observamos que Alemania con sus 2996 dólares/cápita se encuentra, en comparación con otros países, unos 500 dólares/cápita por encima y España con sus 1835 unos 500 dólares/cápita por debajo de la media de la OCDE, que es de 2394 dólares/cápita. En el período 1997-2003 diferentes países de la OCDE han hecho esfuerzos para bajar este gasto, Alemania lo hizo en un 22%, Francia un 10%, mientras que en España se ha mantenido estable⁴⁸. En España el gasto privado ha crecido y el público ha perdido un 7,5% en relación al total del gasto sanitario en el periodo 1990-2003⁴⁹.

Figura 27: Gasto per cápita, público (en beige) y privado (en rojo) de los países de la OCDE. En dólares (\$) y depurado por capacidad de compra (KKP). Año 2005.



Fuente: OCDE. Datos de salud 2007. Leyenda: Deutschland = Alemania; Spanien = España. En rojo o sombreado superior se representa el gasto privado y en gris o sombreado inferior, el gasto público.

En el año 2006 Alemania se gastó 234.000 millones de euros, unos 2.700 €/Persona (Mujeres: 3.160 € y hombres: 2.240€).

Baviera gastó en 2006 unos 212 € /habitante en seguros sociales, siendo uno de los *Länder* que menos gasta por habitante (figura 28). La media de Alemania es de 1335 €/habitante.

Figura 28: Gasto en seguros sociales/habitante: Los 16 Länder

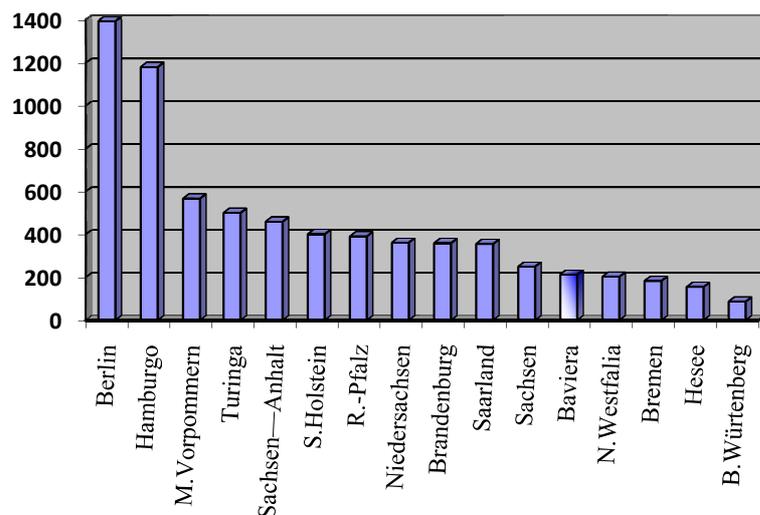


Figura 29: Distribución del gasto sanitario (en millones de euros)

Año	2001	2002	2003
Total	227 788	234 967	239 703
Protección de la sanidad	4 207	4 410	4 520
Servicios públicos de salud	1 990	2 082	2 082
Otros organismos públicos	2 218	2 328	2 438
Atención primaria	105 380	108 542	111 896
Consultas médicas	30 804	31 530	32 474
Consultas odontológicas	14 844	14 797	15 120
Otras consultas	5 399	6 008	6 313
Farmacia	30 981	32 275	33 048
Industria y comercio sanitarios	16 172	16 487	17 322
Atención domiciliaria	6 054	6 257	6 375
Otras instituciones	1 126	1 187	1 244
Atención hospitalaria total y parcial	87 578	90 031	91 027
Hospitales	62 249	64 126	64 688
Instituciones de prevención/rehabilitación	7 563	7 581	7 558
Atención residencial / semiresidencial	16 320	16 809	17 194
Rehabilitación social / profesional	1 445	1 516	1 586
Transporte / ambulancia	2 195	2 339	2 452
Administración	12 862	13 623	14 166
Otros centros / hogares	8 640	8 964	9 059
Extranjero	406	443	419
Inversiones	6 519	6 614	6 163

Fuente: Instituto Federal de Estadística, 2005

Apreciamos que la Atención Primaria se come la mayor parte del gasto sanitario, seguido por la atención hospitalaria.

Los mayores gastos se produjeron por enfermedades:

- Cardiovasculares: 35,5 mil millones Euros
- Aparato digestivo: unos 31 mil millones Euros
- Aparato musculo esquelético: unos 25 mil millones Euros
- Psíquicas: unos 22 mil millones Euros

Los mayores de 65 años (más de un 17% de la población) acaparan un 43% de todos los gastos.

En los últimos años el gasto/habitante ha aumentado proporcionalmente más en España que en Alemania, más de un 40% frente aproximadamente un 20%.

Como porcentaje de la renta bruta disponible en el hogar de cada habitante, Alemania gasta un 15,5% en la sanidad, mientras que España lo hace con un 8,7%.

Consumo de fármacos:

Consumo por habitante. El crecimiento medio del consumo por habitante ha pasado de las 52,7 € anuales de 1986 a los 248,7 € en 2001 y a los 387 €, en 2008, siendo Baviera el Land con menor gasto de toda Alemania^{LVIII}. Si se descuenta el efecto de la inflación, esta última cantidad se queda en 130,4 €.

En la figura 30 se observan los copagos en productos farmacéuticos según grupos de edad.

^{LVIII} Fuente: de.statista.com

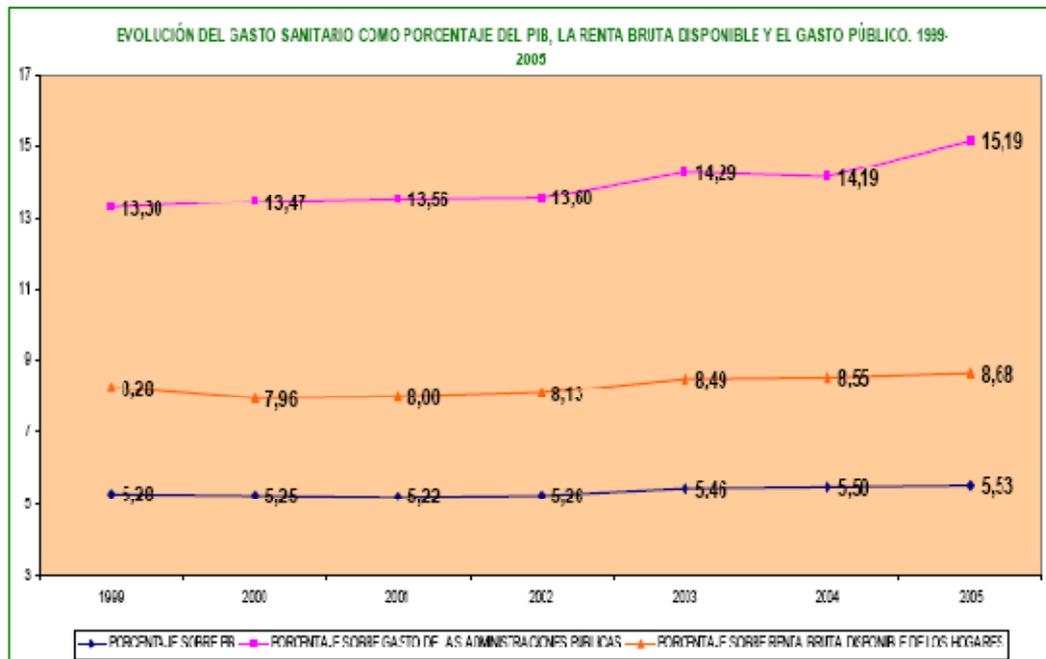
Figura 30: Crecimiento del copago anual (en euros) para fármacos con la edad, 1996-2002.

Edad (años)	<20		21-40		41-60		>60		Promedio
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Mujer	Hombre	
1996 (€)	1.3	1.7	7.7	12.1	19.2	28.2	52.7	58.3	22.7
1997 (€)	1.7	1.4	11.3	17.7	27.8	39.7	75.9	80.8	31.8
2002 (€)	0.45	1.11	10.5	16.8	24.3	34.0	50.4	55.6	24.1

4.2.1.2. España y Castilla y León

En términos de PIB, en 1960 se destinaba un 1,2% a Sanidad y en 1970 un 4,3%, acercándose a la media de los países de la OCDE (entre un 5,1 y 5,5%). Desde los años 90 hasta hoy día apenas ha variado el porcentaje sobre el PIB. España dedicó en 2008 un 8,4% del PIB a Sanidad, esto es 2458 euros/cápita. La aportación a mutualidades públicas (Muface, Mugeju, Isfas) supone el 0,6% del PIB. No se disponen de datos del gasto sanitario en España publicados por el INE posteriores al año 2000. El MSC publica los siguientes datos desglosados⁵¹. España es de los países europeos que menos gastan en sanidad en términos globales y per cápita.

Figura 31: Evolución del gasto sanitario en España



Nota: la serie correspondiente al gasto sanitario como porcentaje de gasto público se ha visto revisada con respecto a la publicada en el informe anterior como consecuencia de mejoras estadísticas introducidas tanto en la serie de gasto sanitario como en la de gasto público en el proceso de acercamiento al concepto de devengo establecido por el SEC-95. Por otra parte, los cambios en las otras dos series se deben, también, a la utilización de las series de PIB y RBD con la nueva base 2000 de CN.

En 1989 las aportaciones por cotizaciones a la seguridad social suponían un 27% y en 1995 ya sólo apenas un 10%. En 1999 desaparece por completo como fuente de financiación de la sanidad.

En la siguiente figura observamos la evolución del gasto público en sanidad hasta el año 2000.

Figura 32: Evolución del Gasto Público en Sanidad 1985-2000. (Presupuesto consolidado: Administración Central y CCAA).

Años	% Gasto ⁽¹⁾	Financiación %	
		Aportaciones del Estado (impuestos)	Cotizaciones Sociales
1985	9,01	16,2	83,8
1992	10,80	72,8	27,2
1995	11,20	79,2	20,8
1998	12,80	95,2	4,8
2000	13,20	100	0

(1) Porcentaje del gasto sanitario sobre el total del presupuesto

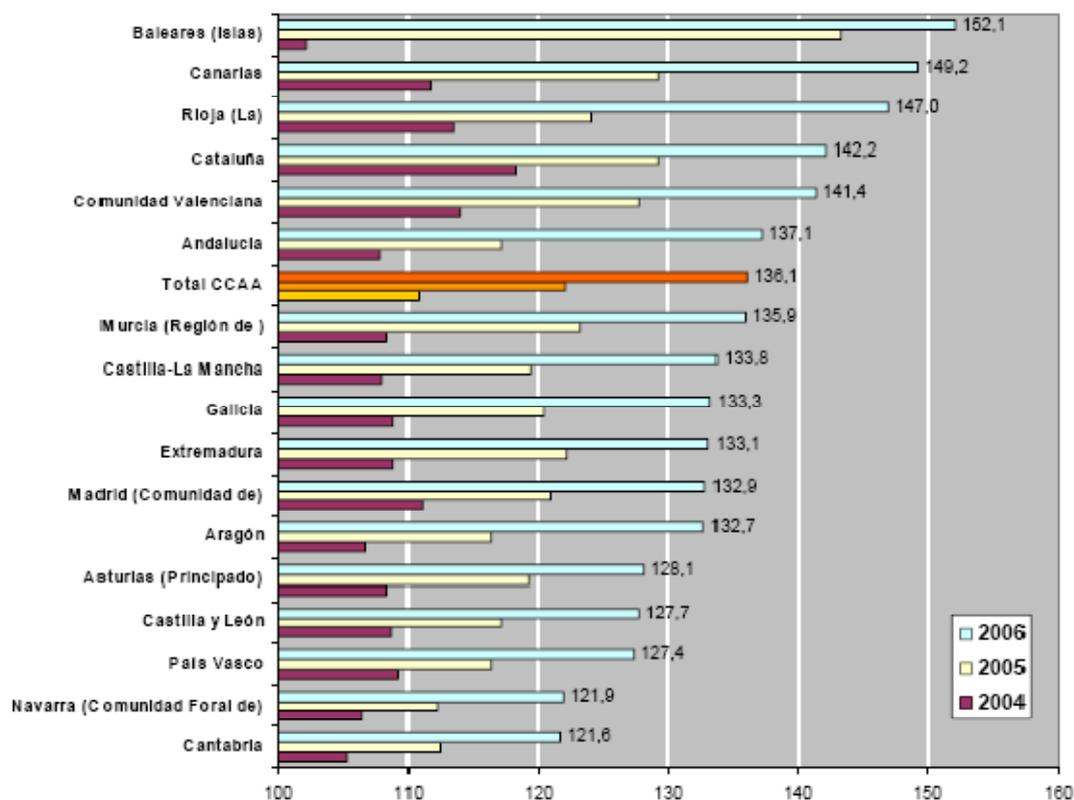
Fuente: Ministerio de Hacienda, varios años.

El gasto sanitario supone aproximadamente un 40% del presupuesto de una CA y en muchas de ellas es la empresa más grande (Cantabria, Asturias, por ejemplo).

Desde la culminación de las transferencias de la sanidad a las CCAA, la evolución del gasto en materia de sanidad ha crecido enormemente y se refleja en la figura 33. La financiación de las CCAA se acordó en la 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 y por la Ley 22/2001, de 27 de diciembre, reguladora de los Fondos de Compensación Interterritorial.

Los datos que se presentan proceden del Informe de julio 2005 para el análisis del gasto sanitario del Instituto de estudios fiscales y de la Conferencia de Presidentes celebrada el 28 de octubre de 2004 a través de su "Informe sobre financiación sanitaria", dirigido por la Intervención General del Estado.

Figura 33: Evolución de los presupuestos iniciales de las CCAA Período 2003-2006 (en millones de €)



En términos de gasto por PIB regional, observamos que Castilla y León se encuentra cerca de la media nacional (figura 34).

Figura 34: Gasto sanitario por CCAA. Año 2005.

	POBLACION	TOTAL (miles de euros)	PER CAPITA
Andalucía	7.403.968	5.655.948	763,91
Aragón	1.199.753	1.090.837	909,22
Asturias	1.075.329	1.014.899	943,80
Islas Baleares	878.627	661.113	752,44
Canarias	1.781.366	1.449.627	813,77
Cantabria	537.606	480.827	894,39
Castilla-La Mancha	1.755.053	1.512.089	861,56
Castilla y León	2.479.425	2.103.542	848,40
Cataluña	6.361.365	5.089.000	799,99
Comun.Valenciana	4.202.608	3.293.061	783,58
Extremadura	1.073.381	866.367	807,14
Galicia	2.732.926	2.189.427	801,13
Madrid	5.372.433	4.207.000	783,07
Murcia	1.190.378	980.000	823,27
Navarra	556.263	498.509	896,18
País Vasco	2.101.478	1.887.763	898,30
Rioja (La)	270.400	229.090	847,23

Fuente: Consejerías de Sanidad de Comunidades Autónomas.

Extremadura es la que más dinero gasta en sanidad en relación a su producto interior bruto, Madrid la que menos⁵² (figura 35 y 36).

Figura 35: Gasto sanitario como porcentaje del PIB regional. Año 2003

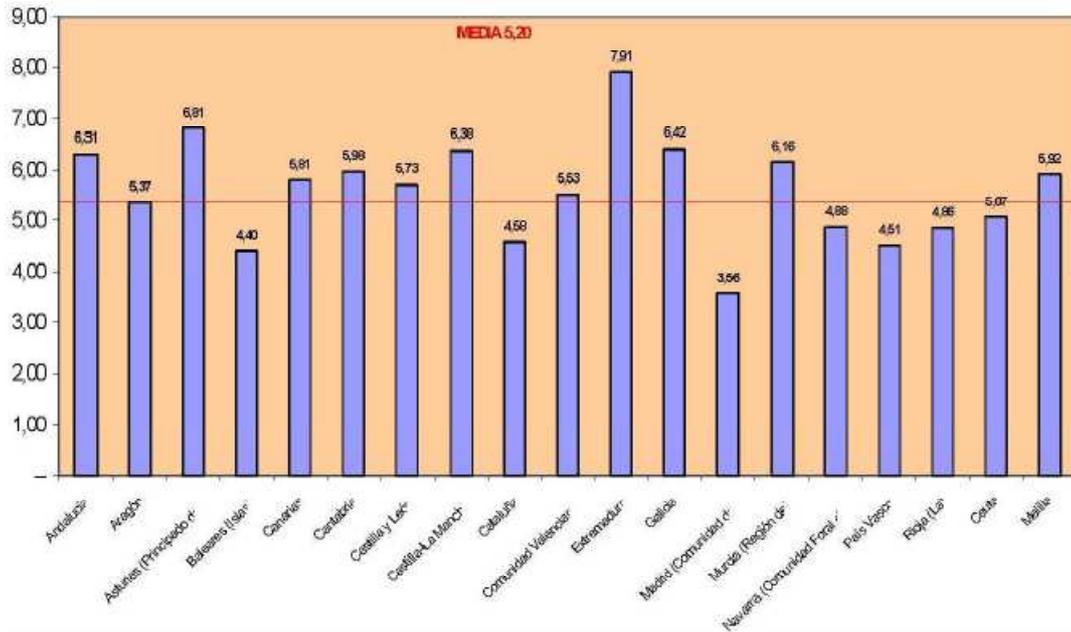


Figura 36: Gasto consolidado del sector comunidades autónomas. Evolución % PIB. Años 1999-2005.

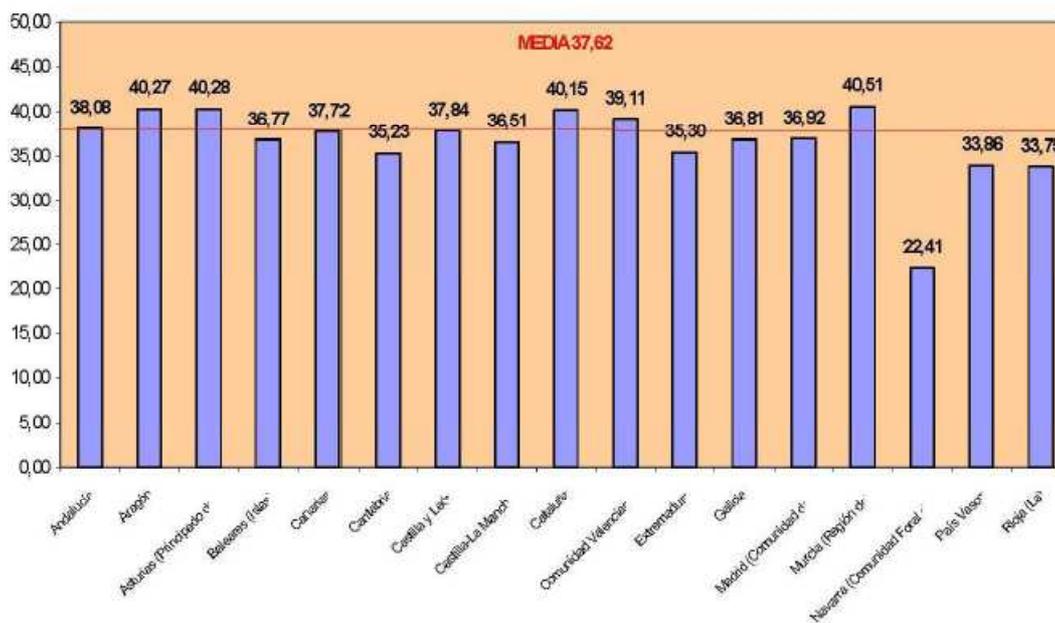
COMUNIDADES Y CIUDADES AUTÓNOMAS	Porcentaje del PIB regional. Años 1999-2005						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Andalucía	6,02	6,27	6,05	6	6,05	6,08	6,01
Aragón	4,75	4,67	4,8	4,79	5,07	5,28	5,18
Asturias (Principado de)	6,09	6,06	6,06	6,18	6,54	6,56	6,44
Baleares (Islas)	3,37	3,18	3,27	3,72	4,06	4,13	4,69
Canarias	5,21	5,28	5,14	5,36	5,62	5,58	5,89
Cantabria	5,38	5,45	5,59	5,76	6,29	6,3	6,34
Castilla y León	5,04	5,21	5,21	5,21	5,6	5,56	5,65

Castilla-La Mancha	5,47	5,55	5,6	6,04	6,08	5,7	6,8
Cataluña	4,01	3,96	3,92	4	4,25	4,2	4,25
Comunidad Valenciana	4,79	4,85	4,78	4,91	5,25	5,27	5,29
Extremadura	7,27	7,45	7,34	8,03	8,17	8,06	8,05
Galicia	6,12	6,28	6,38	6,26	6,39	6,6	6,37
Madrid (Comunidad de)	3,42	3,23	3,23	3,27	3,33	3,55	3,55
Murcia (Región de)	5,47	5,39	5,39	5,46	5,74	5,95	6,09
Navarra (Comunidad Foral de)	4,68	4,5	4,45	4,5	4,6	4,65	4,53
País Vasco	4,34	4,3	4,3	4,35	4,41	4,4	4,46
Rioja (La)	4,14	4,14	4,18	4,5	4,64	5	5,32
Ceuta	4,88	4,96	4,97	5,09	5,13	5,27	5,25
Melilla	5,2	5,68	5,93	5,86	5,73	5,94	6
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	4,72	4,71	4,68	4,76	4,95	4,99	5,05
Nota: la distribución territorial del PIB en 1999 es una estimación basada en el PIB regional base 1995.							

Fuente: MSC 2005

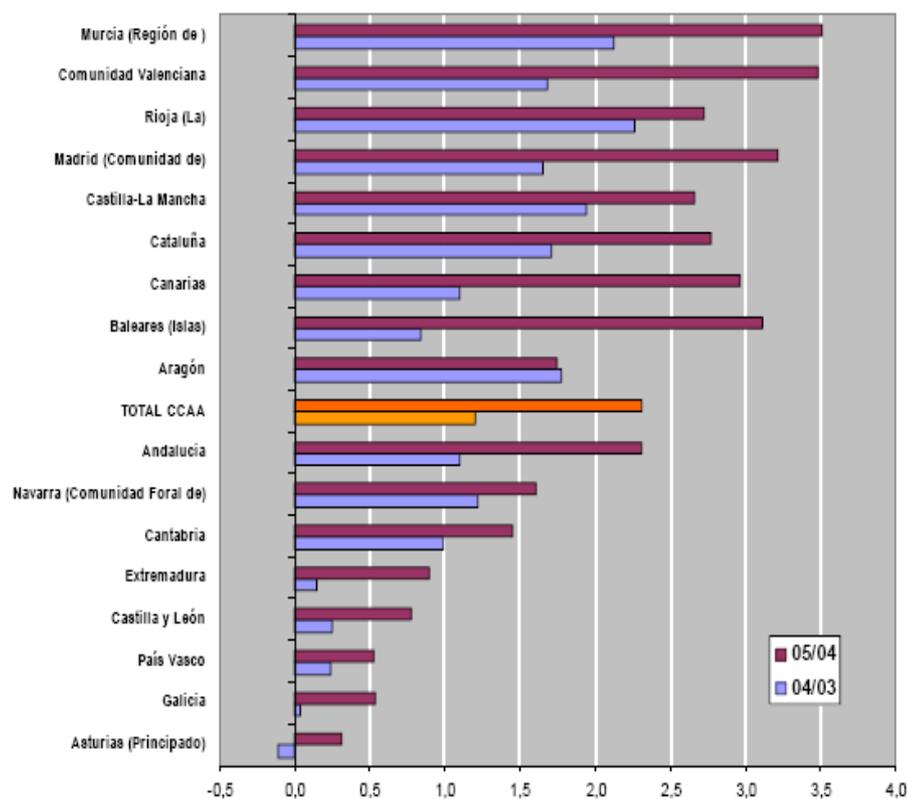
Observamos que en las CCAA con más presencia de sanidad privada, el gasto público en sanidad en relación al gasto público total es menor respecto a las CCAA con mayor peso de la sanidad pública (figura 37). El porcentaje bajo de Navarra se explica por el protagonismo de la clínica universitaria privada, que representa gran parte del gasto sanitario navarro.

Figura 37: Gasto sanitario como porcentaje del gasto público (año 2003)



La población a cubrir ha evolucionado de la siguiente manera (figura 38):

Figura 38: Evolución de la población protegida por el SNS en las CCAA Período 2003-2005



Se aprecia un incremento importante en algunas CCAA. En Castilla y León este crecimiento ha sido discreto.

Las figuras 39 y 40 reflejan la evolución del gasto per cápita y se aprecia que las CCAA más pequeñas son las que más gasto per cápita ostentan, si bien en los últimos años la evolución es regresiva, sobre todo debido al incremento de la población, la mayoría inmigrantes.

En Castilla y León el gasto por persona protegida es de 1380,78 €. En Soria, la provincia con la población menos densa, es de 1920,31 € y en Valladolid, la más densa, de 1110,34 €, un 72% menos⁵³. Ello refleja la importancia de la dispersión geográfica en la financiación.

Castilla y León gastó en 2004 unos 1.044 €/habitante. Cantabria, con 1.257 euros€/habitante ocupa el primer puesto y Galicia, con 944 €/habitante, el último lugar. La sanidad consume cerca del 40% del gasto público de la CCAA, cifra parecida al resto de España, con excepción de Navarra, cuyo protagonismo privado es mayor. Se estima que el incremento en el último lustro ha sido del 25% en todas las CCAA (incremento anual de 7%, con un rango según la CA entre un 5,41% hasta un 10,55%). En 2007 el gasto ascendió a 1.314 euros/cápita en Castilla y León y a 1.261 euros/cápita en el conjunto nacional⁵⁴. En 2008 el gasto aumentó a casi 1500 € por habitante.

Figura 39: Gasto en sanidad/cápita por CCAA (en euros). Año 2004

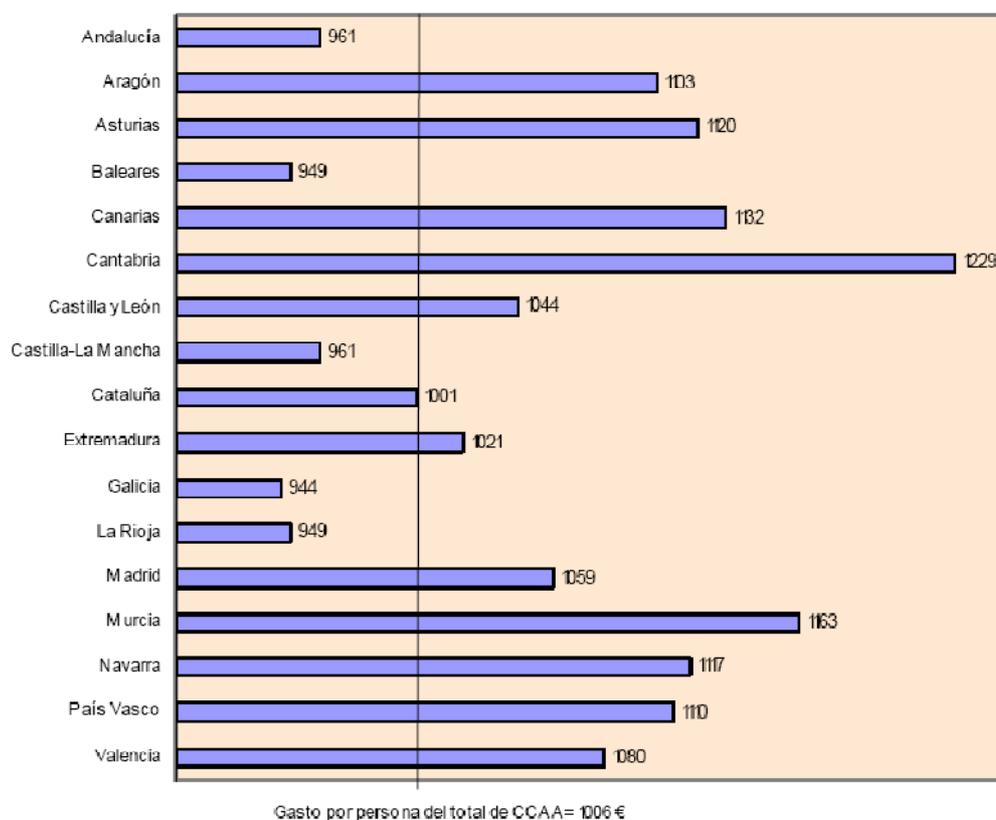
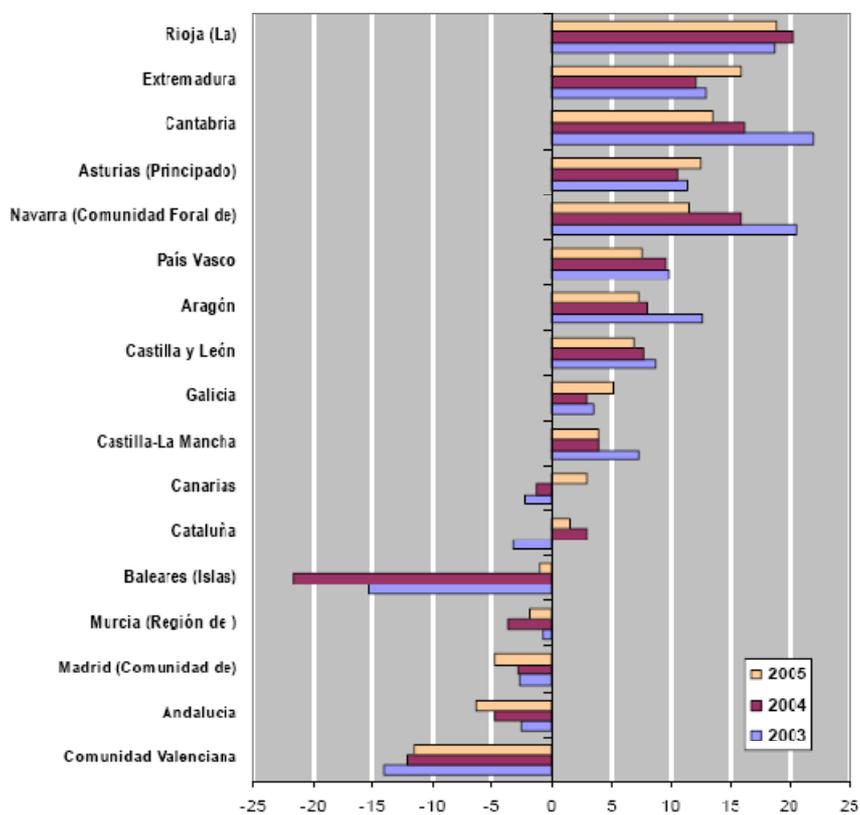


Figura 40: Diferencia respecto al gasto per-cápita del conjunto de CCAA (porcentaje)



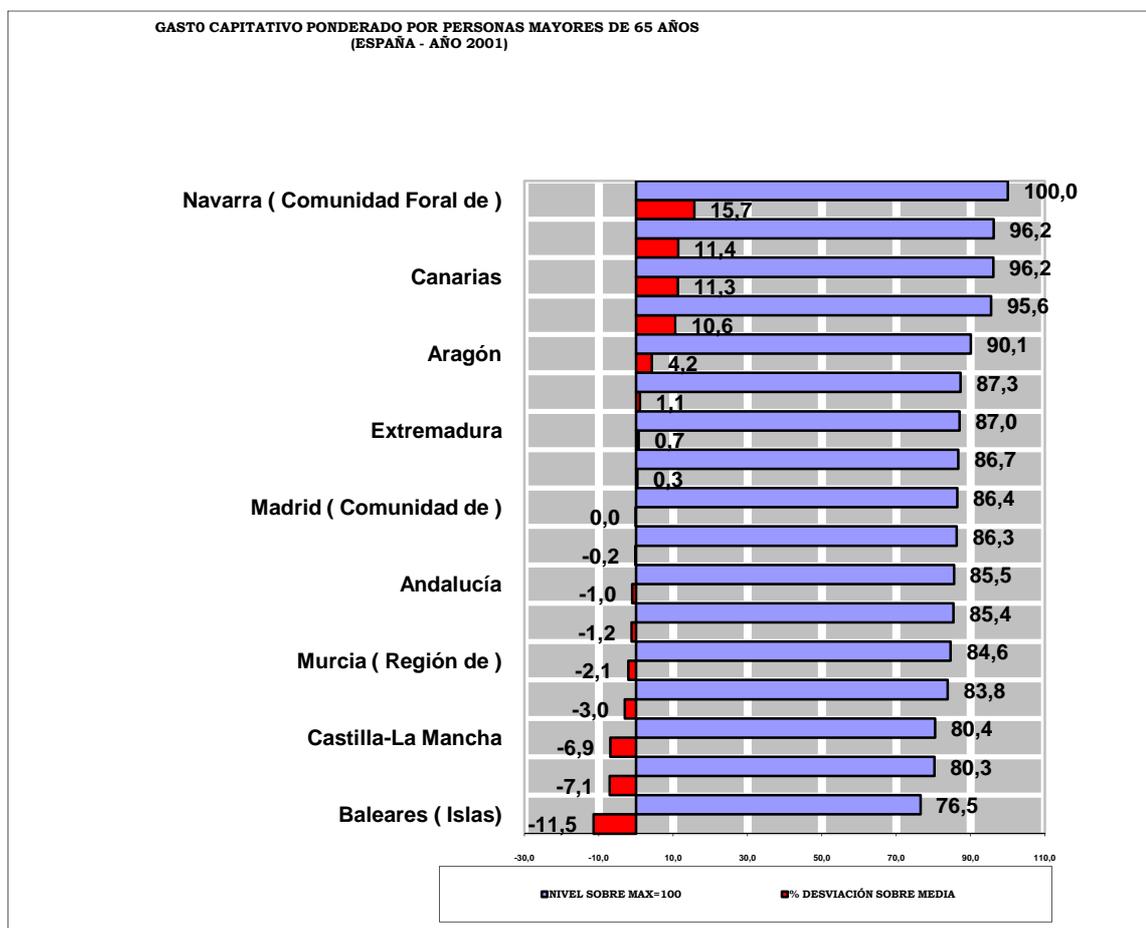
La dispersión del gasto sanitario público varía de una CA y otra hasta un 40%.

Estas diferencias pueden ser reflejo de la pérdida de equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias entre las distintas CCAA, dado que no guardan del todo relación con la riqueza de las CC.AA, si bien no se incluyen los gastos destinadas a la sanidad privada.

En la figura 41 se aprecia que Castilla y León no es de las CCAA que más gasta en mayores de 65 años, en comparación con otras.

Se observa también como el gasto sanitario medio (media =1) permanece constante hasta aproximadamente los 60 años, a partir de los cuales crece hasta duplicar o triplicar el coste de las terapias⁵⁵. En primer lugar, por prolongarse la estancia hospitalaria de forma considerable⁵⁶, y en segundo lugar, teniendo en cuenta la máxima longevidad de los castellano leoneses y la relativa menor dispensación en gastos sanitarios, sería interesante investigar si uno es consecuencia o causa de lo otro, habida cuenta de que la estructura de edad no es el único factor determinante del gasto sanitario, como es bien sabido⁵⁷.

Figura 41: Gasto capitativo ponderado por persona mayores de 65 años. España. Año 2001



En la distribución del gasto sanitario total ha crecido proporcionalmente más el gasto sanitario privado que el público (figura 42).

Figura 42: Evolución del gasto sanitario público y privado. Año 1992, 1997 y 2001/2.

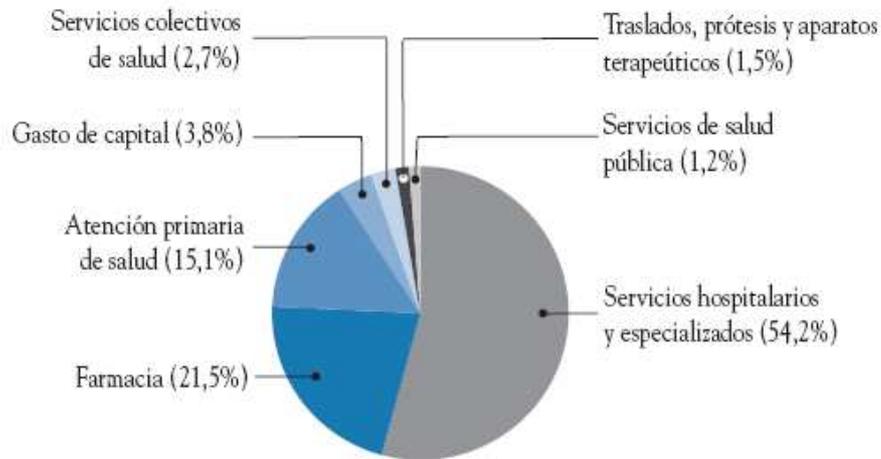
España	1992	1997	2001-2
Público	78.0 %	72.5 %	71.4%
Privado	22.0 %	27.5 %	28.6 %

Fuente: Informes OMS (año 2004) y MSC (año 2003)

El gasto en sanidad privada crece a un promedio de 7 a 8% anual desde finales de los años noventa, sobre todo como respuesta de los ciudadanos para evitar colas, listas de espera y obtener alguna que otra ventaja en confort o comodidad. En porcentajes sobre el PIB el gasto sanitario privado supone de un 2 a 3% y el público de un 5 a 6 %.

La distribución interna del gasto sanitario ha seguido favoreciendo el crecimiento del gasto hospitalario frente a la atención primaria.

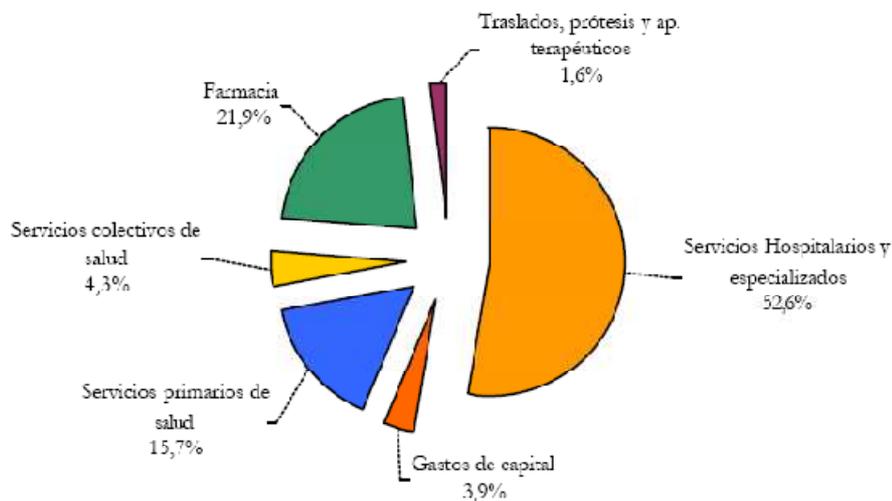
Figura 43: Repartición del gasto sanitario público. Año 2005



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Estadística del Gasto Sanitario Público 2005.

La distribución del gasto se refleja en la figura 44.

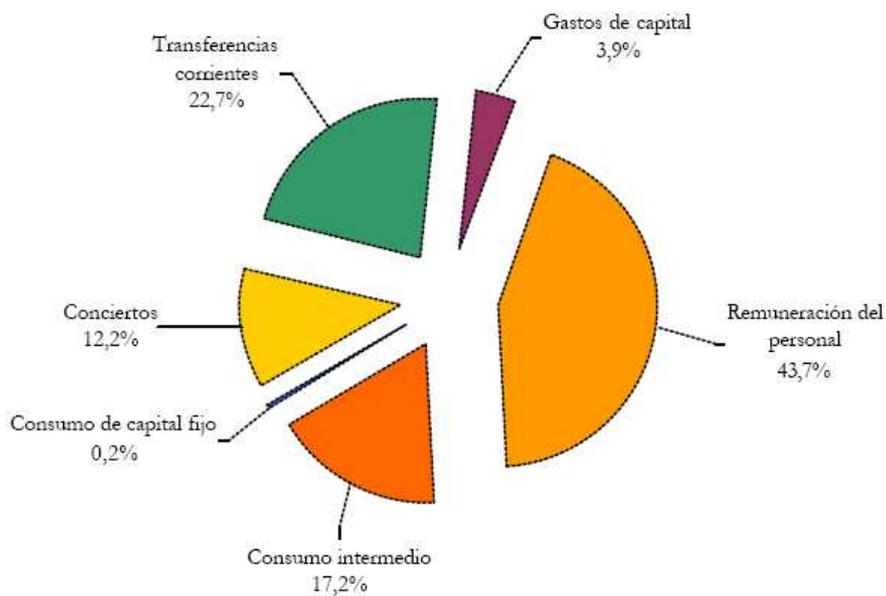
Figura 44: Distribución del gasto sanitario en España. Año 2001 (Fuente: Instituto de Información Sanitaria. MSC)



Se observa que la distribución es algo distinta, en cuanto que se destina menos dinero a Atención Primaria y atención odonto-protésica. Por lo demás, no difiere sustancialmente del esquema de Alemania.

Según la clasificación económico—presupuestaria, el gasto se reparte según la figura 45.

Figura 45: Reparto del gasto sanitario.



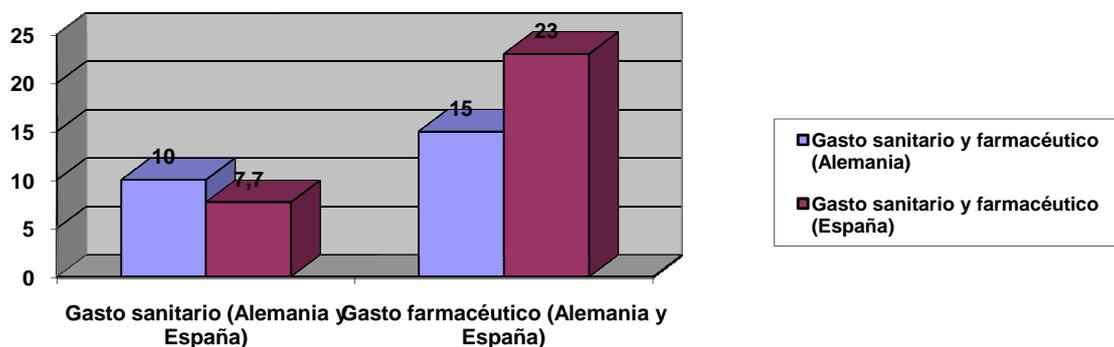
En cuanto a la clasificación económico-presupuestaria la remuneración del personal es la partida con mayor peso en el gasto sanitario público: un 43,7%.

La actividad concertada supone un 12,2% del mismo.

Gasto farmacéutico

Y aunque nuestro gasto sanitario con respecto al Producto Interior Bruto/cápita se sitúa en 1,5 puntos por debajo de la media europea, el gasto farmacéutico es muy elevado (supone un 30% del gasto sanitario total en 2005; en 1983 supuso un 19,4%. Mientras que la subvención pública a la compra de fármacos representa el 23% del presupuesto sanitario, el promedio de la UE se sitúa en el 15%. Es decir, el gasto farmacéutico público en España es superior a la media europea de 15 países, mientras que el gasto sanitario total es inferior. El consumo de genéricos también es inferior a la media europea⁵⁸.

Figura 46: Gasto sanitario (% del PIB) y farmacéutico (% del gasto sanitario) de Alemania y España. Año 2005.



También se ha visto que el gasto sanitario no farmacéutico es más elevado en países y regiones ricas, mientras que el gasto sanitario *farmacéutico* en estas zonas es menor que en las zonas menos adineradas⁵⁹.

Las prestaciones farmacéuticas incluyen especialidades farmacéuticas, accesorios, fórmulas magistrales y vacunas inmunológicas. Se dispensan en farmacias o en hospitales.

En España el RD 2402/2004, de 30 de diciembre, desarrolla el art.104 de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del medicamento, por el que se realizan las revisiones coyunturales de precios de especialidades farmacéuticas y se adoptan medidas para la contención del gasto. Ello ha contribuido a contener el gasto en los últimos años, bajando de un crecimiento anual de más de un 10% en 1998 a un 6,32% en 2007/08. Castilla y León se halla en el entorno de esta cifra^{LIX}. Alemania se sitúa en un 7% anual. Precio medio por medicamento. Las farmacias españolas facturaron en 2007 unos 8.400 millones de euros; de ellos, 7.753 millones corrieron a cuenta del Servicio Nacional de Salud. Pese al aumento del gasto total en farmacia, el crecimiento del precio medio de las especialidades "tiene dos ritmos diferenciados", según los colegios farmacéuticos. Entre 1986 y 1992 registró una subida del 13,2%; a partir de 1993, el alza fue del 6,9% anual. La moderación coincide con un mayor control de la Administración, y con la eliminación de algunos medicamentos de la lista subvencionada y la estimulación de rebajas de precios con la aprobación de genéricos a partir del año 2000.

Desde 1986, cuando se aprobó la Ley General de Sanidad, que universalizó la asistencia, la factura farmacéutica pública ambulatoria (sin contar hospitales) se ha multiplicado por 5,7 (de 1.351 millones de euros a 7.753 millones de euros en 2001), mientras que la población sólo ha aumentado un 6,25% (de 38,4 millones a 40,8 millones de habitantes, sobre todo a expensas de personas mayores de 65 años, según los datos del INE.

^{LIX} Diario Médico, 19/09/2008

En 2005 el gasto ya ascendió a 10.051,4 millones de euros. También aumentó proporcionalmente el número de inmigrantes.

Fuentes del ejecutivo estiman el fraude en gasto farmacéutico en 50.000 millones de pesetas anuales. La picaresca se centra fundamentalmente en el uso incorrecto de las cartillas de pensionistas, que se aprovecha la falta de control de la clase médica y la incapacidad inspectora de la Administración.

A pesar de múltiples intentos e iniciativas de eliminar la subvención de un 100% de las recetas de pensionistas, hoy por hoy no se ha conseguido avanzar en este terreno y los privilegios de los pensionistas siguen “intocables”.

Se calcula que el 72% del gasto farmacéutico es debido a los pensionistas. Las medicinas suponen casi un cuarto del presupuesto sanitario. La parte del gasto farmacéutico que generan los ciudadanos con empleo o en disposición de trabajar ha bajado del 43,7% al 27,8%.

El crecimiento exagerado del gasto farmacéutico ha ido en detrimento del gasto en recursos humanos, investigación, equipamientos e inversión en tecnología. Una explicación del gasto farmacéutico elevado en España es también la gran oferta de establecimientos, siendo el tercer país de la OCDE en número de farmacéuticos.

El gasto farmacéutico se eleva por:

- Marketing
- Envejecimiento población

- Peregrinación a través de especialistas
- Efectos secundarios de fármacos que inducen nuevas terapias (más de 10 fármacos consumidos simultáneamente genera efectos secundarios en un 100%).
- Medicalización de la vida
- Mayor expectativa de salud y exigencias vía internet

España es el país europeo en el que más baratos salen los medicamentos a los consumidores⁶⁰. El precio medio que un ciudadano paga es el 7% del total, gracias a la subvención de la seguridad social. Esto permite afirmar que nuestro país es el que tiene un menor índice de copago, precisamente la mitad de la media europea, donde alcanza el 15%.

El crecimiento medio del consumo por habitante ha pasado de las 52,7 € anuales de 1986 a los 248,7 € en 2001. Si se descuenta el efecto de la inflación, esta última cantidad se queda en 130,4 €. En total el gasto farmacéutico público supone el 1,2% del PIB. La media europea se sitúa en un 0,9%.

La Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León gasta cada año una media de 532 euros€ por cada jubilado en recetas (año 2005) y de 65 € por cada trabajador activo.

Para los pensionistas que se afincan en España, los países de origen pagan a España una cuota anual de 2.092 € para que reciban la misma asistencia sanitaria y farmacéutica que un ciudadano español, con los mismos derechos. El proceso a seguir es que el pensionista extranjero que viene a residir a España ha de presentarse en el INSS con el formulario E-121 para su inscripción y la de los familiares que residen con él, aunque la mayoría no se empadronan en el municipio en el que residen por temporadas, y la gran parte de estos jubilados no transfieren sus derechos de pensionistas a España para no perder así las prestaciones sanitarias de sus países. El INSS administra este dinero y lo distribuye en función de los documentos E-121 que cada Comunidad Autónoma acredite. El fondo de cohesión no suele cubrir los gastos reales. Castilla y León está poco afectada por esta circunstancia, al revés que C.Valenciana, Cataluña, Canarias, etc.

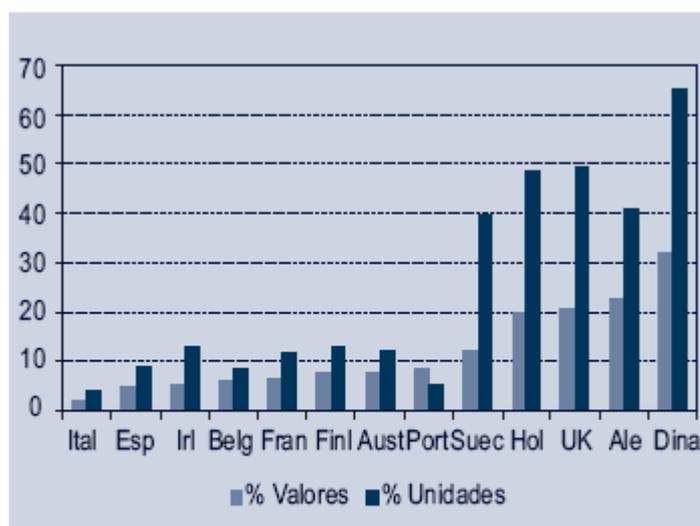
En zonas muy turísticas, la carga económica que supone la atención a turistas o residentes temporales extranjeros no es compensada, ni por asomo, por las facturaciones que el INSS pueda hacer a países extranjeros donde españoles desplazados, muchos menos, son atendidos. La Generalitat Valenciana es la más afectada por este fenómeno y ya ha elaborado medidas para frenar el abuso que se está realizando en muchos puntos, como es exigir una certificación de la condición de pensionista para extender rectas rojas.

Cabe mencionar que la industria farmacéutica posee *lobbies* muy poderosas que condicionan las decisiones de la administración y de los políticos, en cualquier parte del mundo. Muchas de las grandes compañías tienen su casa matriz en Alemania (Bayer, BASF, Schering, Boehringer, etc.).

También que la obtención de datos de gasto farmacéutico real en hospitales o por CCAA no es sencillo de conseguir (sistemas de cómputo poco homogéneos y sesgados).

Alemania es el segundo país de Europa en consumo de genéricos (figura 47).

Figura 47: Consumo de genéricos en países europeos (Año 2004)



Fuente: EGA Generic Market Shares across Europe in 2004.
<http://www.egagenerics.com/>

España es el segundo a la cola, si bien las cifras pueden desviarse algo de la realidad por la dificultad de sistemas de registro homogéneos.

Ante el incesante crecimiento del gasto farmacéutico, tanto en Alemania como en España, ambos países se esfuerzan en la potenciación del uso de genéricos, la racionalización del gasto mediante estudios de coste-efectividad y otras iniciativas, si bien queda mucho camino por recorrer. Las agencias de evaluación de tecnologías del Instituto Carlos III de Madrid, así como otras agencias autonómicas realizan esfuerzos en este sentido, aunque sus recomendaciones no son vinculantes y no son siempre tenidas en cuenta. Este circuito está más implantado en Alemania a través del IQWiG, como se explicó más arriba. A nivel europeo se contempla reducir el período existente entre concesión de patente y comercialización, que era entre 2 a 3 años^{LX}, para facilitar la introducción de genéricos y otros productos avalados, según la Directiva 27/2004/CE^{LXI}. La transposición de esta directiva a la legislación nacional de España va con retraso. En Alemania funciona desde 2006. Este país ha incluido productos patentados y productos genéricos a los que marcan el precio de referencia y las tasas de reembolso equivalen a este precio.

Sería interesante establecer una presentación masiva de un producto por parte de los laboratorios a un conjunto de médicos, en vez de la visita individualizada de los visitadores médicos, que genera lazos y dependencias, a veces con poco fundamento científico y/o ético.

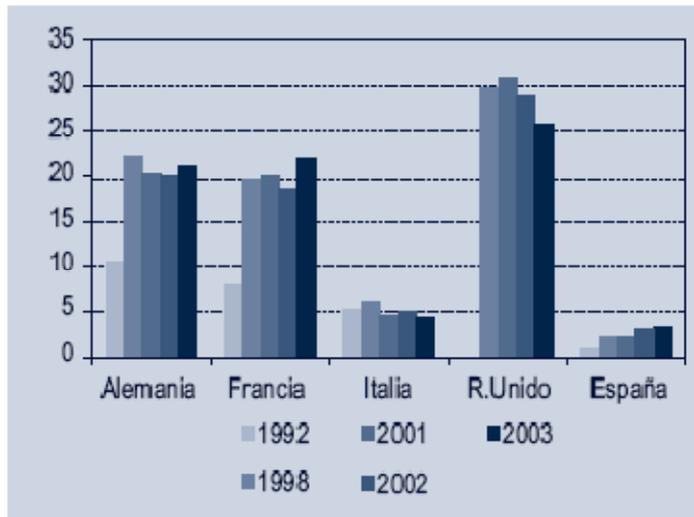
La inversión en I+D+i de la industria farmacéutica en España es escasa si se compara con Alemania, Francia o R.Unido (figura 48), si bien

^{LX} Reglamento 726/2004

^{LXI} Diario Oficial de la Unión Europea L136

España presenta cifras crecientes de forma constante, mientras que en R.U e Italia se registran caídas relativas al pasado.

Figura 48: Gasto en I+D+i (en % respecto a UE15) de la industria farmacéutica en 4 países de la UE (no incluye Portugal, ni Grecia, ni Luxemburgo). Período 1992-2003.



Castilla y León invierte un 1 % del PIB en I+D. Baviera lo hace con un 5%.

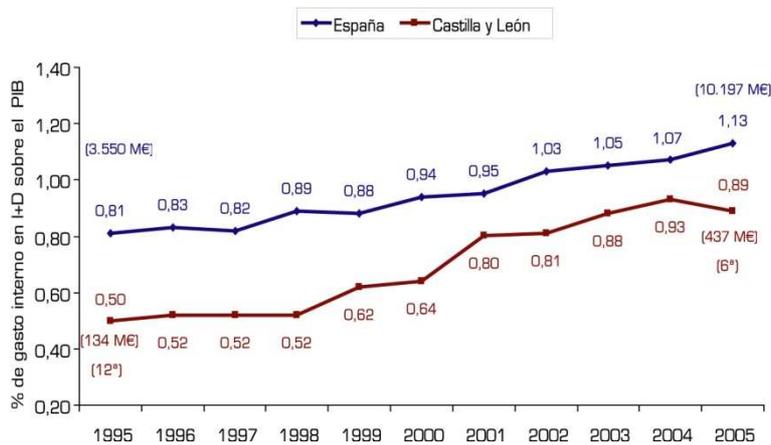


Figura 49: Resumen de gastos en la sanidad

	Alemania	España	Baviera	Castilla y León
Gasto sanitario (% del PIB nacional/regional) Año				
1974	4,2	1,2	4,2	
1999	5,5	4,5	5,5	1,2
2003	7,5	6,7	7,5	4,5
2005	8,4	5,2 (regional)	8,4	6,7
2007	10,6	7,7	10,6 (8,6% público)	5,73
2008	11,2 (2 privado)	8,9 (2,2 privado)		(regional)
Gasto sanitario/cápita (€) Año				
1997	2000	-	-	-
2003	2500	-	-	-
2007	2800	1006 (año 2004)	2489	1044
2008	2998	1350	2560	1460
Gasto farmacéutico (% del gasto sanitario total)	15	23	15	22
Gasto farmacéutico/cápita	399	267	387	275
Copago medio por fármaco (%) del PVP)	10	7	10	/
Copago farmacéutico como % del PIB	0,9	1,2	-	-
Consumo de genéricos (% de unidades)	40	9	-	-
Gasto I+D+i de la industria farmacéutica (% respecto a UE15	22	3	-	-

4.2.1.3. Los mecanismos de reducción del gasto

Alemania

La sanidad alemana se rige por el principio de equilibrio presupuestario, es decir, que los gastos comprometidos por las aseguradoras de enfermedad con los diferentes proveedores de prestaciones no deben superar sus ingresos.

Para ello el legislador ha introducido una serie de mecanismos que, por su complejidad, sólo puedo presentar resumidos.

En lo referente a la *demanda* de prestaciones se trata de:

- la exclusión del catálogo de prestaciones de algunas prestaciones consideradas superfluas y que por tanto han de ser pagadas íntegramente por el propio asegurado:
- la participación del asegurado en el pago de las prestaciones
- la introducción de bonificaciones para aquellos asegurados que participen en programas de prevención y de seguimiento de enfermedades crónicas.

En el área de la *oferta* de prestaciones destacan:

- mejorar la coordinación entre la atención primaria y especializada
- reforzar el modelo de médicos de cabecera

- implicar a los hospitales el área de consultas externas.

Por último, existe toda una serie de medidas que pretenden aplicar criterios de mayor eficacia a la gestión de los recursos por el propio seguro estatal de enfermedad, entre las que destacan:

- La normativa de honorarios y retribuciones, que introducen incentivos económicos a la consecución de resultados y buenas prácticas
- Control de la gestión económica de médicos, odontólogos y hospitales
- Acuerdos piloto (Art.73ª del SGB V) de las federaciones de médicos concertados con las KK para conferir mayor responsabilidad o mayor poder de gestión de los médicos de cabecera.

Desde 2002, las aseguradoras de enfermedad y las federaciones de médicos concertados están obligadas a suscribir anualmente acuerdos para mejorar la eficacia y la calidad de la medicación. Dichos acuerdos regulan:

- el presupuesto total para fármacos del que disponen los médicos concertados
- los objetivos de la prescripción en cuanto al volumen presupuestario así como su eficacia,

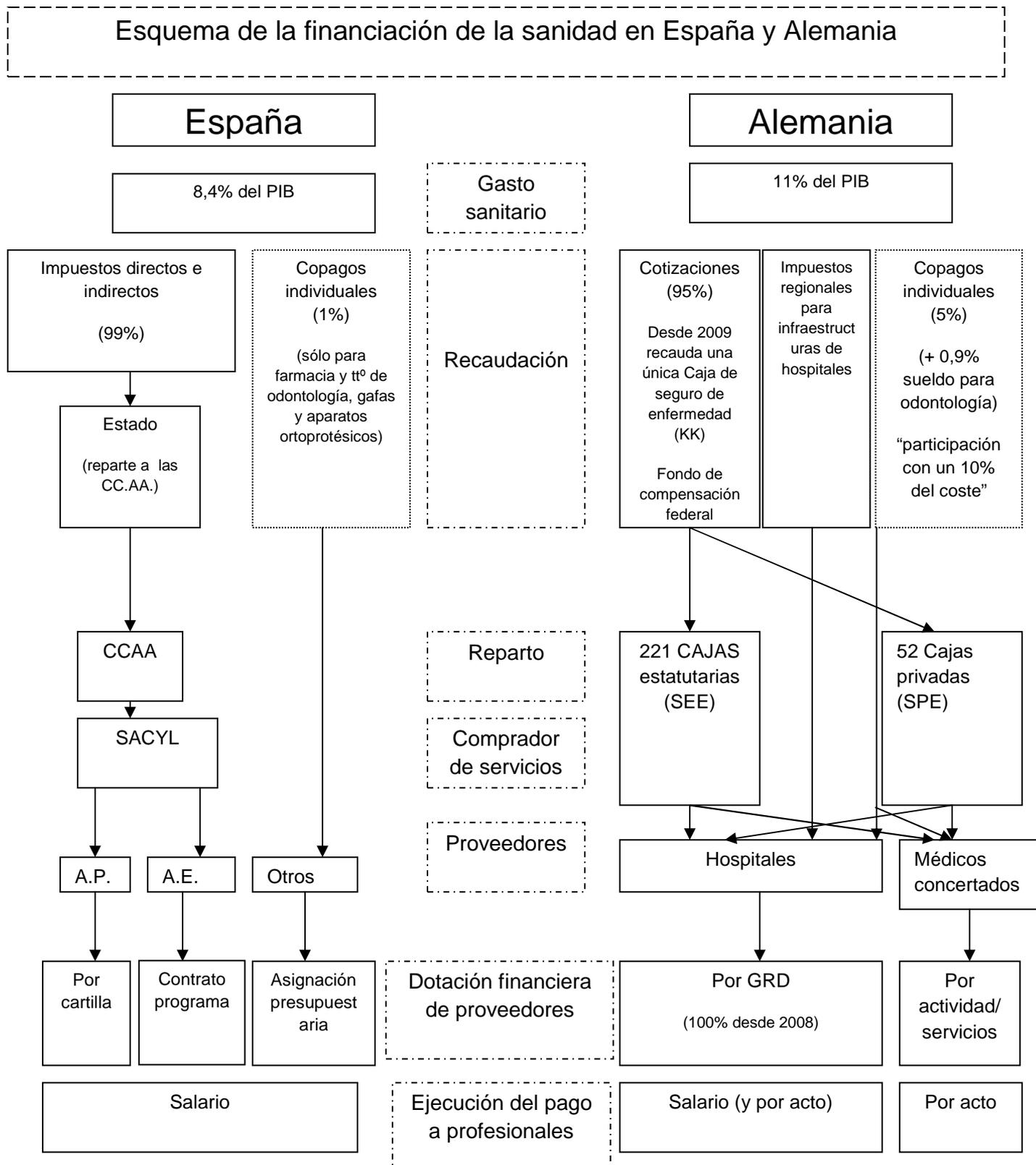
- criterios para implementar medidas que permitan alcanzar los objetivos acordados.

España

En España la cercanía temporal de las dos fases del desarrollo del sistema sanitario, una “expansiva” de ingente gasto e inversión, con la introducción de prestaciones universales y gratuitas a partir de los años 80, y otra “racionalizadora”, es decir, con la necesidad de “restricciones” y de racionalización de recursos a partir de los noventa (sólo han transcurrido 10 años entre una y otra fase), puede que contribuya a la dificultad de adaptación a la nueva realidad y necesidad de recortar.

- Gestión por procesos
- Financiación prospectiva
- Incentivos para la obtención de resultados (disminución de listas de espera, adherencia a programas preventivos)

4.2.2. Recaudación y Reparto



4.2.2.1. Alemania y Baviera

Las aportaciones en forma de cotizaciones a la seguridad social constituyen la fuente de financiación principal del sistema sanitario alemán. La financiación del seguro estatutario y privado de enfermedad (SEE y SPE) se basa en 4 fuentes⁶¹:

- Las aportaciones de empresarios y trabajadores (50% cada uno) a las cajas de enfermedad hasta el techo de cotización (90 - 94% de recaudación)
- Un 0,9% del sueldo bruto como aportación fija para el seguro dental (obligatorio) (< % de recaudación)
- Copagos individuales (4 - 8% de recaudación)
- Impuestos (<5% de recaudación)

Cada asegurado contribuye según su capacidad financiera a través de un porcentaje de sus ingresos, sin sobrepasar el techo de cotización. Estas cargas financieras se distribuyen a partes iguales entre las empresas y el asegurado. Al revés que en las cajas privadas, la edad, el género y el riesgo de salud basal no tienen influencia en la cantidad a aportar, únicamente el nivel de ingresos, al igual que tampoco hay diferencia en la prestación de servicio en caso de enfermedad, que es única.

La financiación de la sanidad alemana, se basa en tres principios:

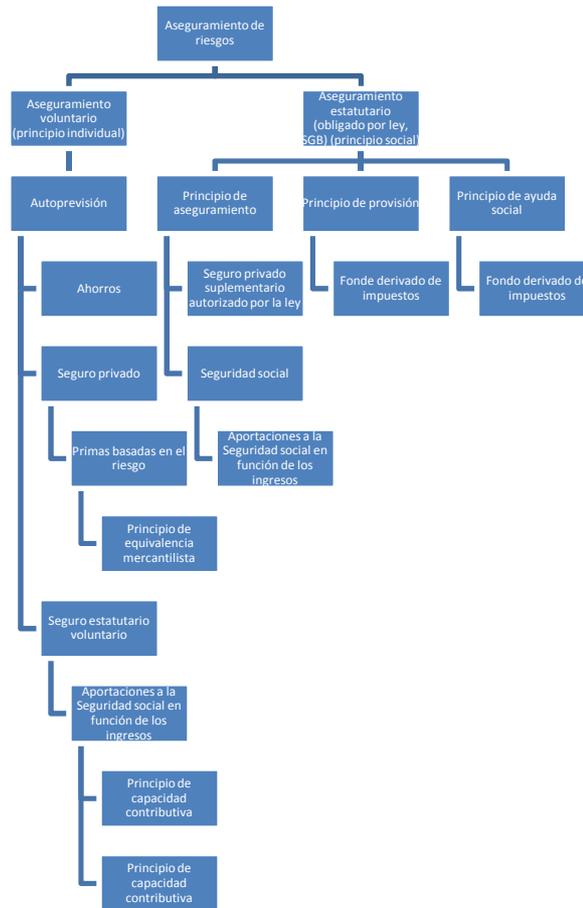
- el principio de *capacidad* (posibilidad de pagar según poder financiero), que incluye las aportaciones derivadas de los ingresos de los trabajadores y el del copago individual;
- el principio de *equivalencia* (basado en el beneficio, con partidas calculadas en función del riesgo estimado de enfermar –a mayor riesgo más aportación-), que es sobre el que se fundamenta el seguro privado de enfermedad (SPE);
- el principio impositivo, que supone una pequeña aportación al sistema⁶².

En la financiación actual prima el *principio de solidaridad y autorresponsabilidad* (SGB §1 y 3).

Como resultado de esta financiación, basado en el principio de solidaridad, se producen los siguientes efectos redistributivos:

- Del sano al enfermo
- Del joven al anciano
- Del rico al pobre (sólo hasta el techo de cotización, 3600 € brutos/mes)
- Del soltero al casado
- De hombres a mujeres (población activa masculina>femenina)

Figura 50: Principios rectores de la financiación de la sanidad alemana



Fuente⁶³: Zimmermann, Henke, 2005

La financiación del SEE sigue, a su vez, un principio de *repartición* de las aportaciones, sin que exista capitalización, poseyendo a su vez un fondo de reserva (fondo de compensación por estructura de riesgo, RSA → ver más adelante).

En el sistema del SPE se sigue el principio de *capitalización* de cada una de las aportaciones para quien las realiza, de modo que el fondo individual se utiliza a demanda del asegurado (figura 51).

Figura 51: Principios de financiación del SSE y SPE.

SEE: Financiación redistributiva			SPE: Financiación de capitalización		
Aportaciones	Reparto	Utilización	Aportaciones	Reparto	Utilización
→	Fondo sanitario común	Reparto general →	→	→	→
→			→	→	
→			→	→	
→			→	→	
→			→	→	
→			→	→	
→			→	→	
→			→	→	
→			→	→	
→			→	→	
→	Fondo de reserva		→	→	→

Fuente: elaboración propia

Mientras el Estado asume la responsabilidad de legislar y garantizar las condiciones reguladoras y las prestaciones, las cajas y las asociaciones profesionales gozan de autonomía y se regulan según el principio de *autogestión*, siguiendo criterios de calidad y eficiencia.

Las cajas aseguradoras de enfermedad (KK) ejercen tanto de recaudadores como de compradores de servicio. Ellas contratan servicios y negocian las condiciones con los médicos concertados y con los hospitales (públicos y privados) y con todos aquellos agentes que respondan al contenido incluido en su catálogo de prestaciones.

Los criterios para calcular las cuantías de los costes de las actividades son los GRD desde 2004. Aparte, las cajas costean, cada vez más, otros servicios y material (equipamientos, aparatos), que hasta ahora eran sufragados por los *Länder*.

Las cajas pueden ofrecer aseguramiento (cajas públicas) o privado (cajas privadas).

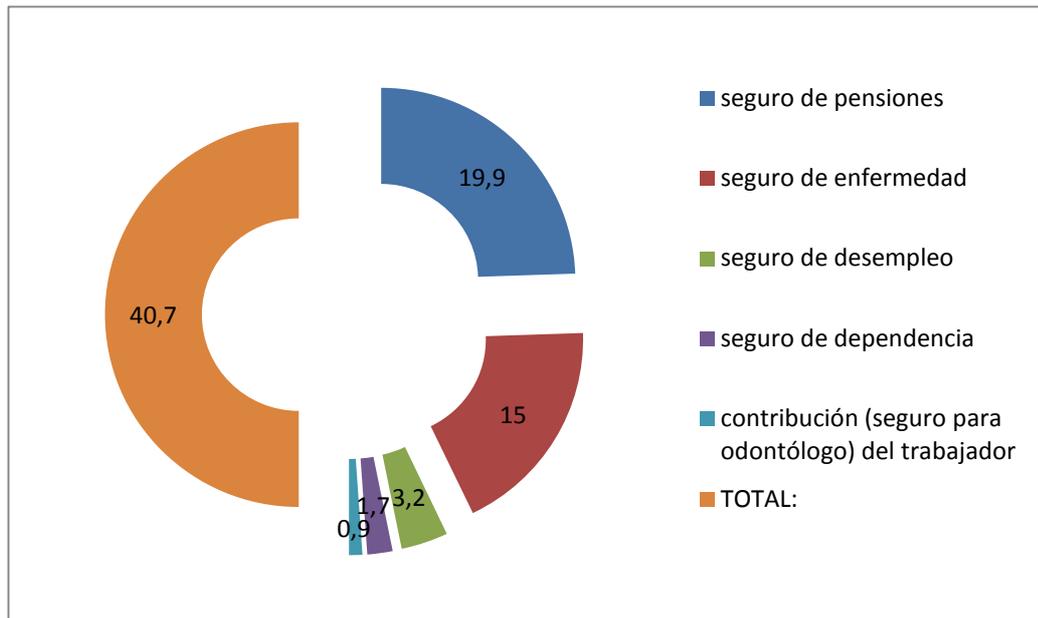
Cajas públicas o cajas de enfermedad estatutarias (Gesetzliche Krankenkassen, GKK)

El seguro estatutario de enfermedad (SEE) es ofrecido por las “cajas aseguradoras de enfermedad *estatutarias*” o simplemente “cajas de enfermedad estatutarias” (Gesetzliche Krankenkasse, GKK), corporaciones de derecho público, que tienen la función, según el SGB V, de “mantener, restaurar y mejorar la salud de los asegurados”. El fundamento jurídico de este SEE el libro V del Código Social alemán (Sozialgesetzbuch, SGB V).

Las GKK operan según el principio de solidaridad y de equivalencia. Así, independientemente de la contribución abonada por cada uno (asalariados y empleadores), todos los asegurados (incluidos familiares, estudiantes y jubilados) reciben la asistencia médica “necesaria”.

El SEE es la pieza central del Estado social y es la parte más antigua del sistema de seguro social, el cual engloba, aparte del de enfermedad, el seguro de desempleo, de accidentes, de dependencia (Pflege), y de las pensiones (figura 52).

Figura 52: Seguros sociales en Alemania



El 88,9% de la población alemana posee un SEE.

Desde 1993 están permitidas las fusiones de las KK gremiales con las locales y desde 1996, la fusión de éstas últimas con las empresariales. El resultado de este fenómeno de fusiones de las cajas se refleja en la figura 53.

Una característica del sistema público alemán, a diferencia por ejemplo de la seguridad social española antes de la universalización de la sanidad a partir de 1986, es que no existe una única caja pública de seguro. Los asegurados pueden elegir entre diversos tipos de cajas de seguro, que se diferencian en función de su titularidad:

- cajas locales de seguro médico (*Allgemeine Ortskrankenkasse*, AOK),

- cajas de seguro médico sustitutorias (*Ersatzkrankenkassen*)
- cajas de seguro médico de la empresa (*Betriebskrankenkassen*, *BKK*), que son las más numerosas
- cajas gremiales de seguro médico (*Innungskrankenkasse*, *IKK*).

Figura 53: Afiliados en Alemania al SEE (en miles) y número de cajas de enfermedad del SEE desde 1908 hasta 2004

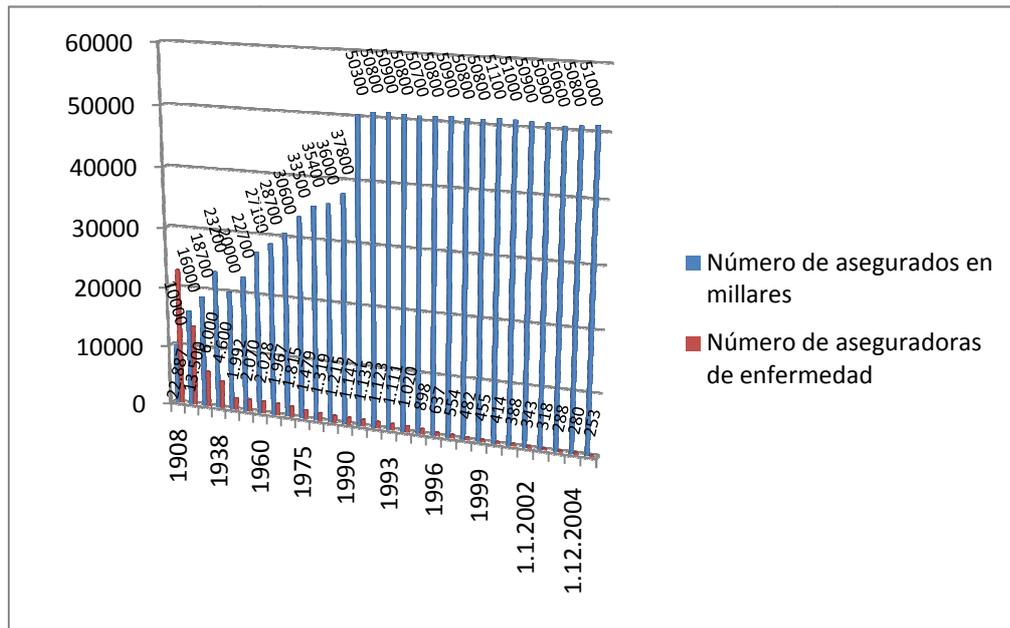


Figura 54: Evolución de la distribución de la pertenencia a las KK del SEE según el tipo de KK desde 1970 hasta 2006, incluidos pensionistas (de izquierda a derecha: KK locales, KK empresariales, KK gremiales, KK sustitutorias, otras KK).



Fuente: Ministerio de Sanidad de Alemania

Las cajas están organizadas en asociaciones comarcales, regionales (del Land) y estatales (federales). Las diferentes aseguradoras locales se agrupan para formar federaciones regionales (de *Land*) y éstas, a su vez, en federaciones nacionales:

Hasta hace menos de un año había conformadas ocho federaciones nacionales según el tipo de KK. Se observa que a lo largo de los años ha crecido el número de afiliados a las cajas empresariales, sobre todo en detrimento de las KK locales. Se prevé la constitución de una federación única a nivel federal como representante supremo de todas las KK. Alemania cuenta a fecha de 01.06.2008 con 221 cajas estatutarias (gesetzliche Krankenkasse, GKK):

Se puede distinguir entre 7 tipos de KK:

- 16 Cajas general regional/local (AOK), 1 por Estado federal (sólo el *Land* Nordrhein-Westfalen tiene 2, y las de dos *Länder* de la antigua RDA se han fusionado)
- 169 Cajas de empresas (BKK), regionales y federales, para empresas de más de 1000 empleados
- 16 Cajas gremiales (IKK), de empresas artesanales con más de 1000 trabajadores, regionales y federales

- 9 Cajas sustitutorias (Ersatzkassen), 7 cajas de empleados, de ámbito federales, y 2 cajas de trabajadores, una regional y otra federal
- 9 Cajas agrarias (Landwirtschaftliche KK), regionales
- 1 Caja de marineros (See-KK), federal con sede en Hamburgo, abierta al público a partir de 01.01.2009
- 1 Caja de la minería (Bundesknappschaft), federal con sede en Bochum, abierta al público desde 01.04.2007

BAVIERA

Baviera cuenta con 159 cajas del SEE:

- 1 Cajas general regional/local (AOK)
- 139 Cajas empresariales (BKK)
- 1 Cajas gremiales (IKK Südwest), regionales y federales
- 8 Cajas sustitutorias
- 9 Cajas agrarias (Landwirtschaftliche KK), regionales
- 1 Caja de marineros (See-KK), federal, abierta al público a partir de 01.01.2009

Cajas locales (Ortskrankenkassen)

Las cajas locales generales (AOK) y las sustitutorias están abiertas a todo el mundo, mientras que las empresariales y gremiales sólo a determinado colectivo de trabajadores.

En Baviera la AOK aglutina a unos 3 millones de socios más 1 millón de familiares coasegurados (en total casi un 40% de la población bávara). Unos 190.000 corresponden a miembros de empresas. Tiene 39 direcciones de distrito y 250 sucursales. Su volumen de negocio oscila alrededor de los 10.000 millones de euros. Tiene conciertos con 23.761 médicos y 8660 estomatólogos.

Cajas gremiales (Innungskassen)

En las cajas gremiales (IKK), los sindicatos y los empresarios forman parte de los órganos de gobierno de la caja. Actualmente hay unos 6,2 millones de miembros a nivel federal, con un gasto anual de unos 2.249 €/socio (787 para tratamientos hospitalarios, 344 € de tratamientos médicos ambulantes y 422 € para fármacos. Tiene su propia Academia de la IKK, con sede en Hagen (Nordrhein-Westfalen), con programas de formación para directivos, empresarios y trabajadores, etc.

En Baviera se fusionaron en 1999 las 4 IKK comarcales hacia la "IKK Bayern", con 600 trabajadores y que atiende a unos 315.000 clientes en Baviera.

Cajas sustitutorias (Ersatzkassen)

La Barmer Ersatzkasse (sustitutoria) es la más grande Alemania y también de Baviera. Existen un total de 45 cajas sustitutorias.

Servicios cubiertos por las cajas estatutarias:

Los servicios cubiertos por las Cajas del SEE son homogéneos para todos los asegurados y están recogidas en un catálogo básico definido por el “Comité Federal Conjunto”, (*Gemeinsamer Bundesausschuss, G-BA*). Prestaciones extras suelen referirse a aspectos de confort personal como habitación individual o atención por el jefe de servicio, etc. y se pagan aparte.

Los servicios incluyen:

- prevención primaria y secundaria de enfermedades
- planificación familiar
- anticoncepción, esterilización y aborto legal
- diagnóstico precoz de enfermedades
- tratamientos médicos y rehabilitadores
- otros.

Las funciones de las KK son:

- Recaudación de fondos mediante las aportaciones de los ciudadanos en forma de cotizaciones a la seguridad social. Desde 2009 todas las aportaciones fluyen a una única caja estatal única (*Gesundheitsfond*), que posteriormente reparte entre las diferentes KK.
- Compra de servicios a proveedores: Negociar y formalizar acuerdos con los proveedores de prestaciones (servicios y remuneración — convenios

colectivos) a través de sus Federaciones regionales de aseguradoras de enfermedad (*Landesverbände*):

- Retribución de proveedores concertados: Se desembolsa a la Asociaciones de Médicos del SEE (KV) de cada Land, siendo éstos pagados según la llamada *Gebührenordnung für Ärzte*, GOÄ o Norma Oficial Tarifaria para Facultativos, de carácter federal, donde a cada servicio/acto le corresponden unos puntos, que tienen su equivalente en euros, calculado según volúmenes totales de facturación y otras variables. Los empleados en hospitales u otras instituciones públicas cobran según tarifas de funcionarios o estatutarios, similar como en España.
- Representantes de hospital: negocian presupuestos hospitalarios y elaboran programas y planes de salud.
- Representación de intereses políticos.
- Asesoría y atención de las aseguradoras afiliadas.
- Relaciones públicas

Afiliación a la KK

La mayoría de alemanes, casi un 90%, se decantan por el SEE y dentro de este colectivo se encuentran:

Asegurados obligados^{LXII} (40,6 %):

- Trabajadores por cuenta ajena (ver más abajo)
- Empleados (ver más abajo)

^{LXII} Art. 5 SGB V

- Aprendices remunerados
- Preceptores de prestaciones por desempleo o de ayuda social (no contribuyen; lo asume la aseguradora)
- Agricultores
- Artistas^{LXIII} y publicistas
- Pensionistas
- Minusválidos que prestan 1/5 de los servicios de un trabajador no minusválido
- Estudiantes universitarios, hasta los 30 años o más, si se trata de acceso para mayores de 25 años o si el servicio militar o prestación social sustitutorio (obligatorios uno u otro), obligaron a interrumpir los estudios o el aprendizaje.
- Personas que, no poseyendo en la actualidad seguro de enfermedad, estuvieron aseguradas en el pasado en la caja estatal o privada.

Familiares del grupo anterior (28,6 %):

- se engloban en el llamado “seguro familiar”, es decir, cónyuges e hijos (también hijos adoptivos, los tutelados y los nietos acogidos en la unidad familiar), que no tengan seguro propio y carezcan de ingresos superiores a 345 € al mes, a excepción de los ingresos por los “miniempleos” (*Minijobs*) que hasta 400 € siguen teniendo derecho al seguro familiar.
- Los hijos tienen derecho al seguro hasta los 18 años de edad, o hasta los 23 años si no trabajan y se encuentran inscritos en la Oficina

^{LXIII} Sin perjuicio de lo regulado en la ley social para artistas (Künstlersozialversicherungsgesetzes)

de Empleo (*Arbeitsamt*), como demandantes de un puesto de aprendizaje o de empleo, y hasta los 25 si son estudiantes que no trabajan más de 20 horas/semana. No existe límite de edad para los hijos que, debido a una enfermedad física o psíquica, no sean capaces de mantenerse económicamente por sí mismos, si la incapacidad les sobrevino durante el seguro como miembros de la familia^{LXIV}).

- Estudiantes hasta los 25 años que trabajan más de 20 horas/semana, más el tiempo que durase el servicio militar o prestación social sustitutorio, si por ese motivo hubieran interrumpido los estudios o el aprendizaje. Pueden solicitar liberación del SEE y aceptar un SPE.

Pensionistas (24 %):

- con aportaciones sólo sobre el 50% de la pensión (las aportaciones sobre el otro 50% es financiado por el seguro de pensiones (SGB VI).

Asegurados voluntarios (6,8 %).

No abonan cuotas al Seguro de Enfermedad:

- los perceptores de subsidio por enfermedad, por maternidad o por educación de los hijos (Art. 224 SGB V)
- los que perciben prestaciones por desempleo o ayuda social. En este último caso las cuotas son abonadas íntegramente por la Oficina de Empleo (*Arbeitsamt*).
- No están obligatoriamente aseguradas, y por lo tanto no abonan cuotas, las personas que perciben menos de 400 € al mes. En estos

^{LXIV}Art. 10 SGB V

casos, la empresa paga una cantidad global del 11 % para seguros sociales, que no otorga derecho, sin embargo, a la asistencia sanitaria. (Esto fue así hasta enero 2007).

La pertenencia a las cajas de enfermedad es obligatoria para los trabajadores con rentas “bajas”. La característica que separa a los asegurados en la GKV de los que lo están en la PKV, es la cantidad de ingresos anuales de los asegurados (*Jahresarbeitsentgeltgrenze*). Los autónomos tienen libertad de decantarse por el seguro SEE o un seguro privado, SPE.

El SEE supone un importante sector económico y de crecimiento. Un 10% de la población activa trabaja en el sector sanitario.

El progreso médico, la evolución demográfica y los déficits coyunturales de recaudación han llevado a un aumento paulatino de las aportaciones de los contribuyentes.

La Ley de Modernización del SEE (GMG) de 2004 pretendió hacer frente a esta situación y la Ley de Intensificación de la Competencia del SEE (GKV-WSG) de 2007 introdujo mejoras en la calidad de la provisión y la libertad del asegurado para escoger su caja de enfermedad y, dentro de ésta, las prestaciones.

Con la última reforma sanitaria de 2007 se introdujo un cambio en las premisas de pertenencia, en el sentido de que los que carecían de seguros por haber quedado fuera (debido a desahucio, divorcio, desempleo u otra causa),

tienen que ser readmitidos en la caja a la que pertenecieron previamente o contratar un SEE, si nunca estuvieron asegurados.

En Baviera, al igual que el resto de los Estados federales, la financiación está regulada en el Libro V del SGB.

En algunas aseguradoras privadas, la no utilización del sistema sanitario en un año permite la recuperación de parte de las aportaciones,

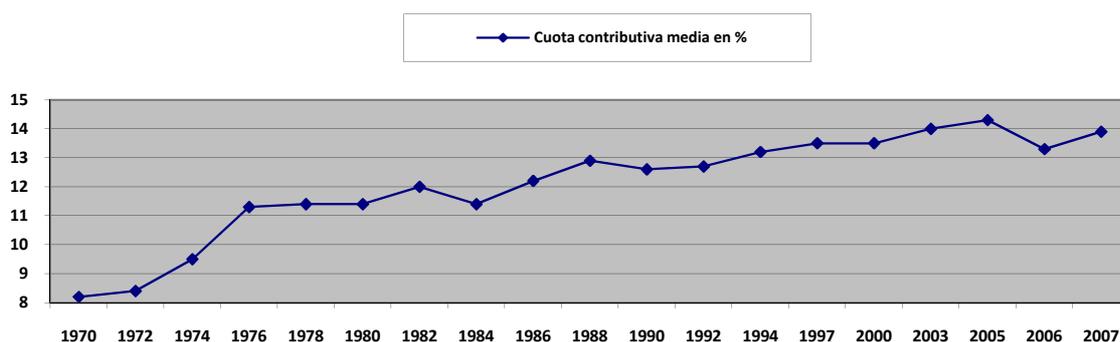
Figura 55: Porcentajes de la población sujetos a copagos en función del tipo de aseguramiento.

SPE	Otros tipos de aseguramientos públicos (soldados, desempleados, miniempleos, etc)	SEE menores de 18 años	Insolventes (Enfermos crónicos que superan el umbral de ingresos anuales, ...)	SEE
6,2%	8,1%	15,6%	6,1%	63,8%
Exentos			Exentos a partir de un límite	No exentos

Fuente: elaboración propia

Dado el aumento de los gastos sanitarios, los índices de contribución han ido creciendo paulatinamente⁶⁴ (figura 56):

Figura 56: Media de cuota contributiva en el SEE



Fuente: Cámara de seguros de Baviera (Bayerische Versicherungskammer) 2008.

Las variaciones de porcentajes de cotización son importantes y oscilan entre un 11 y un 16,8% según las cajas, no siendo las prestaciones sustancialmente diferentes. En 2006 se aprecia una bajada, pero no se ha incluido una participación fija de un 0,9% de los ingresos, obligatoria para todos los trabajadores y que en definitiva supone un incremento. La cantidad contributiva máxima para 2007 es de 495.15 €. Dentro de una misma caja del SEE los porcentajes son constantes, independientemente del salario.

Los límites de ingresos anual mínimos para poder optar por un seguro privado (*Jahresarbeitsentgeltgrenze*), al igual que los techos de cotización (*Beitragsbemessungsgrenze*), han ido variando (aumentando) en los últimos años. Hasta el año 2002 eran idénticos. A partir de entonces las subidas han sido mayores para los límites de ingresos.

En el año 2000 las cantidades de los nuevos Estados federales se han igualado a las de los antiguos. Hasta esa fecha pagaban menos los *Länder* de la antigua RDA (Figura 57).

Los ajustes (aumentos) de las aportaciones se producen el 1 de enero 2008 de cada año y esto son publicados por las KK.

Figura 57: Evolución de Techos de Cotización y de Límite de Ingresos para pasar a de GKV a PKV

Año	Beitragsbemessungsgrenze (techo de cotización, por encima del cual no se cotiza más, no se contribuye con más dinero)		Jahresarbeitsentgeltgrenze o Pflichtversicherungsgrenze (techo de aseguramiento obligatorio o límite de ingresos anuales por encima de los cuales se puede optar por un seguro de enfermedad privado)	
	Mensual	anual	Mensual	anual
2000	Ex RDA: 6.450 marcos (DM) RFA: 5.325 marcos (DM)	77.400 DM 63.900 DM	Ex RDA: 6.450 DM RFA: 5.325 DM	77.400 DM 63.900 DM
2001 ^{LXV}	6.525,00 DM	78.300 DM	6.525 DM	78.300 DM
2002	3.375,00 EUR	40.500 EUR	3.375 EUR	40.500 EUR
2003 ^{LXVI} Cambio	3.450,00 EUR	41.400 EUR	3.825	45.900
2004	3.487,50 EUR	41.850 EUR	3.862,50	46.350
2005	3.525,00 EUR	42.300 EUR	3.900	46.800
2006	3.562,50 EUR	42.750 EUR	3.937,50	47.250
2007	3.562,50 EUR	42.750 EUR	3.975	47.700
2008 ^{LXVII}	3.600,00 EUR	43.200 EUR	4.012,50	48.150

Por debajo del techo de aseguramiento obligatorio el ciudadano tiene obligación de pertenecer a una caja estatutaria. En general las tarifas/asegurado son algo más bajas en las cajas privadas, pero en cambio

^{LXV} A partir del año 2001 las cifras son iguales para la antigua Alemania del este que para Alemania del oeste.

^{LXVI} A partir de 2003 las subidas para el límite de ingresos anuales son superiores que las del techo de cotización, que hasta entonces eran iguales.

^{LXVII} En España para el año 2008 esta cifra se sitúa en 3015 euros mensuales. La cantidad mínima corresponde al salario mínimo interprofesional

cada miembro familiar debe contribuir en ésta, hecho que no sucede en las cajas estatutarias, dado que los miembros familiares no tributan.

Dentro del SEE el ciudadano puede escoger entre la caja que prefiera, independientemente de la naturaleza de la caja y de la profesión de la persona.

Desde el 1 de abril 2007 esto también es válido para los profesionales de la minería y el 1 de enero de 2009 lo será para los del mar. Únicamente la caja de agricultores no se atenderá a esta modalidad, debido a sus condiciones particulares de financiación.

Todos los trabajadores (salvo agricultores) pueden contratar un seguro del SPE de forma voluntaria, como complemento de su aseguramiento estatutario. Cerca del 10% de la población (funcionarios, autónomos y personas de renta elevada) está protegida por seguros privados, que reembolsan a sus clientes los servicios prestados.

Para pasar del seguro SEE a SPE hay que haber estado 3 años consecutivos por encima del límite de ingreso mínimo.

Desde el año 2002 los asegurados pueden cambiarse de caja después de 2 meses tras la solicitud de cambio. Esta decisión les obliga a permanecer en la nueva caja durante un mínimo de 18 meses, salvo que el cambio sea a una KK del SPE o se dé la condición de un seguro familiar.

Los asegurados en el SEE pueden cambiar de caja, si lo desean, cada 18 meses o si la cuota aumenta. Esta regulación hace que entre las cajas SEE exista también cierto grado de competencia, donde ofertan programas especiales y determinados reembolsos.

Una vez escogida una caja privada, es bastante complejo regresar a una caja estatutaria y sólo se permite bajo circunstancias especiales.

Cuota de contribución

La elección de una u otra KK suele regirse por criterios económicos, es decir, por la cuota. Las personas suelen escoger la caja con la cuota de contribución más económica a igualdad de prestaciones. Cada caja establece su tarifa, que se fija anualmente y oscila entre un 14% y 16% del sueldo, según la caja.

Desde 2005 los asegurados deben pagar un suplemento de un 0,9%, independientemente de los ingresos, destinado sobre todo a financiar prótesis dentarias.

Desde el 1 de enero de 2009 la cuota es fija para todas las cajas:

El empresario o la empresa de contratación temporal asume el 50% de la cotización (ver también financiación del sistema sanitario). A su vez asume el 50% de las partidas correspondientes a otras prestaciones sociales (paro, pensión), que en 2006 era de un 13,25% en total. En caso de paro, estas cuotas las asume el Estado.

Las aportaciones son proporcionales a los ingresos hasta llegar a un límite, el techo de cotización. Quien supere este límite puede afiliarse voluntariamente al SEE y sólo pagará el máximo o, en su defecto, puede optar por un SEP.

Desde 1996 aproximadamente el 25% de asegurados ha cambiado al menos una vez su seguro, siendo la razón fundamental el incremento de la cuota contributiva, que oscila entre un 12% y un 16% de los ingresos brutos (una diferencia de unos 62 €), hasta llegar al techo de cotización.

Cambian más los jóvenes que los mayores, más los sanos que los enfermos crónicos⁶⁵. Las compañías que mejores tarifas ofertan son las que más miembros ganaron. Las cajas regionales (AOK) son las que más socios han perdido en los últimos años⁶⁶.

Figura 58: Proporción de asegurado que cambiaron de caja de enfermedad estatutaria (%)

Año	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Alemania occidental	3,8	4,3	4,3	5,5	5,7	4,4	5,0	5,7
Alemania oriental	4,8	4,8	5,2	6,0	6,2	3,9	5,5	6,6
Total	4,0	4,4	4,5	5,7	5,8	4,3	5,1	5,9

Tanto en la legislatura conjunta de los cristiano-demócratas y los liberales (1982-1998) como en la de los social-demócratas con los verdes (1998-2005) se produjeron grandes incrementos de los gastos sanitarios y fue necesario aplicar paquetes de contención del mismo. Paulatinamente se han ido eliminando elementos del catálogo de prestaciones. Al comienzo dicho catálogo era muy extenso (incluía la totalidad de tratamientos ambulantes, hospitalarios, dentales, oftalmológicos, de rehabilitación y gran parte de la

medicación) y algunos recortes no surtían mayor efecto, pero en los últimos años el ciudadano tiene que aportar cada vez más desde su bolsillo.

Los asegurados en el SEE no pagan directamente al médico, según el principio de “prestación de servicio” (*Sachleistungsprinzip*), salvo el copago de 10 €/trimestre desde 2004, a diferencia de los asegurados en el SPE que, siguiendo el principio de “reintegro de costes” (*Kostenerstattungsprinzip*), desembolsan directamente la cantidad del servicio prestado al médico y entregan a posteriori la factura a su KK para el reembolso total o parcial, según contrato o adhesión a programas de prevención. Los miembros del SEE pueden solicitar, bajo ciertas circunstancias, un cambio al sistema de reintegro de costes^{LXVIII}.

^{LXVIII} Opción posible desde 01.01.2004 con la ley de modernización del SEE (GMG)

Financiación en caso de baja laboral:

En caso de baja laboral, el empresario pagará durante 6 semanas el 100% del sueldo si ha existido una relación contractual con él de al menos 1 mes. Si entre una baja y una segunda baja por la misma enfermedad, el trabajador no tiene derecho a seguir percibiendo el 100% de su sueldo.

El empresario puede negar el salario en caso de comportamientos o acciones indebidas que puedan ser causa directa de la baja, como embriaguez, comportamiento contrario a sus obligaciones, no respeto a las normas de seguridad y de prevención de riesgos laborales, accidente de tráfico por no respetar las normas de tráfico, conflicto con agresión, no acato a órdenes médicas. No se considera motivo para interrumpir la remuneración el intento de suicidio, la adicción a drogas, el accidente deportivo, el aborto o un accidente en el hogar.

A partir de la 6ª semana de baja, el afectado será retribuido por la SEE con un 70% de su sueldo que en ningún caso superará el 70% del techo de cotización, por lo que trabajadores con ingresos muy altos ven sus ingresos considerablemente mermados. El cese de lucro puede ser compensado mediante un seguro adicional para tal fin.

En 2005 el pago de la prórroga salarial por enfermedad costó a las KK 5350 millones de euros, el 3,7% del gasto total de las KK. La duración del pago por parte de la SEE o de SPE es ilimitada, salvo que la baja se deba a la misma enfermedad, en cuyo caso el tiempo máximo es de 78 semanas en tres años. Tras este trienio se computan las mismas cantidades para un nuevo

trienio, si en el trienio anterior el enfermo estuvo al menos 6 meses en activo o apuntado en la oficina de empleo como demandante de empleo.

Las bajas de maternidad ascienden a 6 semanas preparto y 8 semanas postparto.

De las cantidades citadas se destinan partes porcentuales destinadas a la pensión y el desempleo.

Financiación de las KK y últimas novedades

La financiación se produce exclusivamente a través de las aportaciones de sus miembros. A partir del 1 de enero de 2009 la forma de recaudación ha variado. Hasta entonces cada caja establecía su propia cuota de contribución, pero ahora todas recaudan un único porcentaje de los ingresos brutos: un 15,5%, pagado a partes iguales entre empresario y trabajador; un 0,9% lo asume el trabajador íntegramente, como lo viene haciendo desde 2005. De esta manera —al igual que para el seguro estatutario de dependencia, pensiones y desempleo— existen cuotas unitarias para el seguro estatutario de enfermedad.

La totalidad del dinero fluye al llamado *Gesundheitsfond* (fondo común), administrado por la Oficina Federal de seguros (*Bundesversicherungsamt, BVA*), cuya sede está en Berlín. La cuota de contribución se hace pública cada año en el mes de noviembre.

A partir de este fondo se reparte a las diferentes cajas una cantidad unitaria por asegurado (unos 150 a 170 €/asegurado, más suplementos según la edad, el género (que desaparecerá como factor modificación de la aportación) y determinados grupos de riesgo/comorbilidad correspondientes a unas 80 patologías que superan en más del 50% el gasto promedio por asegurado de las prestaciones de los SEE.

Como existen cajas con asegurados “jóvenes/sanos” y otras con personas “mayores/enfermas”, para compensar los desequilibrios dinerarios resultantes de esta diferencia, se realizan los ajustes según la “compensación de la estructura de riesgo”, una especie de fondo de “convergencia”, que constituye el fundamento competencial de las KK del SEE. Este fondo de compensación federal permite que la diferente capacidad financiera de las cajas se compense en un 100% - como expresión de la solidaridad nacional-. El fondo, a su vez, recibirá subvenciones del Estado.

Fondo de “compensación por estructura de riesgo”
(Risikostrukturausgleich, RSA)

El RSA^{LXIX}, introducido en 1994 vía consenso entre el CDU y el SPD por el ministro conservador *Seehofer*, y complementado en 2002 con un “pool de riesgo” (*Risikopool*) adicional para nosologías especialmente complejas y en 2003 con “programas de gestión de procesos” (*Disease-Management-Programmes*), pretende compensar a las cajas aseguradoras en las que la diferencia entre determinados ingresos y gastos es mayor que la de otras

^{LXIX}El RSA está recogido en el volumen V del Código Social alemán (SGB V § 266: Risikostrukturausgleich-RSA)

(compensación por riesgo de estructura – RSA). Sólo las cajas agrícolas quedan excluidas del RSA.

La estructura del riesgo se determina en función del número de afiliados, la edad, el género (suprimido a partir de 2009), los ingresos de los asegurados, el tipo y el número de bajas por incapacidad temporal, así como el número de familiares beneficiarios por cada afiliado. Por tanto, cajas con muchos asegurados ricos, jóvenes y sanos tendrán menos gastos y más fondos que otras con una estructura menos favorable en estos términos (muchos “pobres”, ancianos y personas con comorbilidades).

Los gastos son los correspondientes a las prestaciones que ofrecen las cajas y están estandarizados (*Beitragsbedarf*). El estándar es calculado a nivel federal y entregado a todas las cajas (a excepción de la agraria, que no participa en este fondo) por la Oficina Federal de Seguros^{LXX} (*Bundesversicherungsamt, BFA*) cada año. A su vez el BFA publica los datos de poder financiero y necesidad de cada caja.

Desde 2002 la inscripción a un programa de tratamiento crónico estructurado supone un signo de morbilidad adicional para enfermos crónicos.

En 2003 el pago de compensación ascendió a 15,4 mil millones de euros, mientras que del fondo de garantía “Risikopool” fueron repartidos otros 700 millones de euros. En ese año por primera vez se tuvieron en cuenta los gastos ocasionados por enfermos crónicos incluidos en programas asistenciales específicos. El fondo de garantía sirve para compensar los casos

^{LXX} Oficina Federal de Seguros (Bundesversicherungsamt), creada en 1954 y supeditada al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de Alemania (Bundesministerium für Arbeit und Soziales). Competencias similares a la Tesorería de la Seguridad Social de España.

que conllevan prestaciones especialmente costosas, superiores a 20.450 € por paciente y año. Los pagos compensatorios entre las diferentes aseguradoras no incluyen gastos de administración ni las prestaciones concedidas de forma voluntaria o aquellas otras que tienen carácter experimental.

La cuantía que puede reivindicar o que debe otorgar una KK se calcula comparando su necesidad de aportaciones con su poder financiera. Los gastos son la suma de los gastos estandarizados por asegurado. El estándar se calcula promediando el gasto por prestación y por asegurado de todas las aseguradoras^{LXXI}.

El poder financiero de un KK es la suma de los ingresos por aportaciones de sus miembros y del fondo de compensación. La unidad estandarizada de la compensación (*Beitragssatz*) se obtiene al dividir la suma de las necesidades (*Beitragsbedarfsummen*) de todas las KK entre la suma de todos los ingresos por aportaciones. Se expresa en tantos por cien. Si el poder financiero de una caja supera su límite de necesidad (*Beitragsbedarf*), debe ceder su excedente a las cajas cuya necesidad supere su poder financiero, es decir, la relación esté invertida.

La elevación del impuesto sobre el tabaco contribuyó en 2004 a compensar y saldar los gastos ajenos a prestaciones de las KK (1000 millones de euros transferidas en 2004, 2500 millones en 2005 y 4200 millones en 2006).

^{LXXI}§ 267 del SGB V

La estructura de riesgo se va perfilando y limando año tras año con el fin de que las partidas transferidas se ajusten cada vez más a la necesidad real y bien definida.

Las cajas que más reciben son las locales y las que más pagan son las BKK.

Figura 59: Evolución del Fondo de “compensación por estructura de riesgo” en mil millones de euros: Cajas que pagan (donadoras):

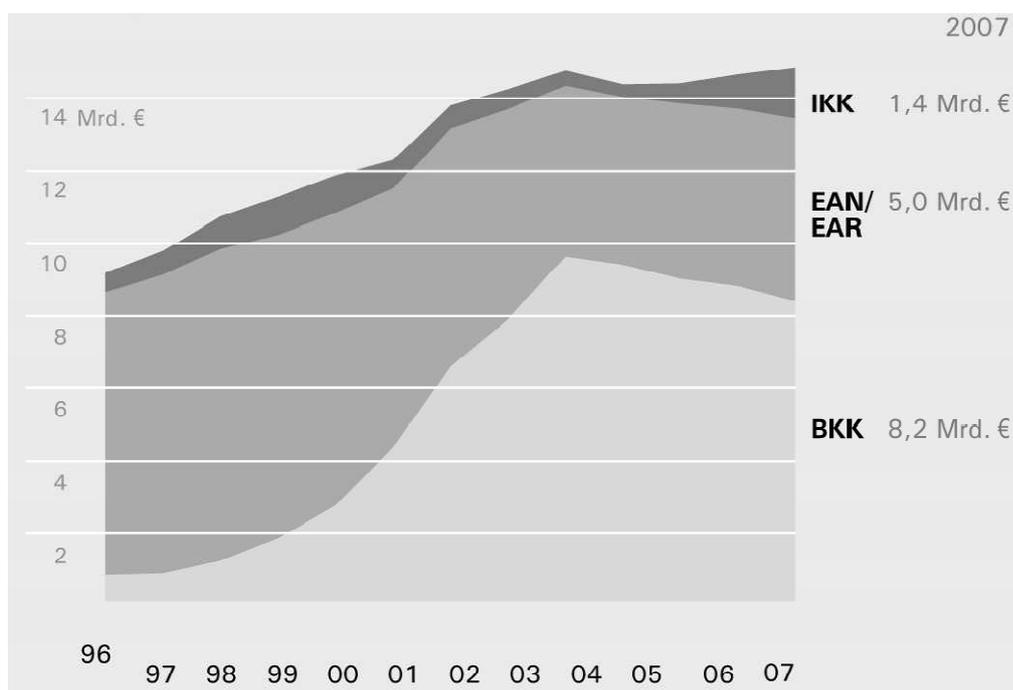
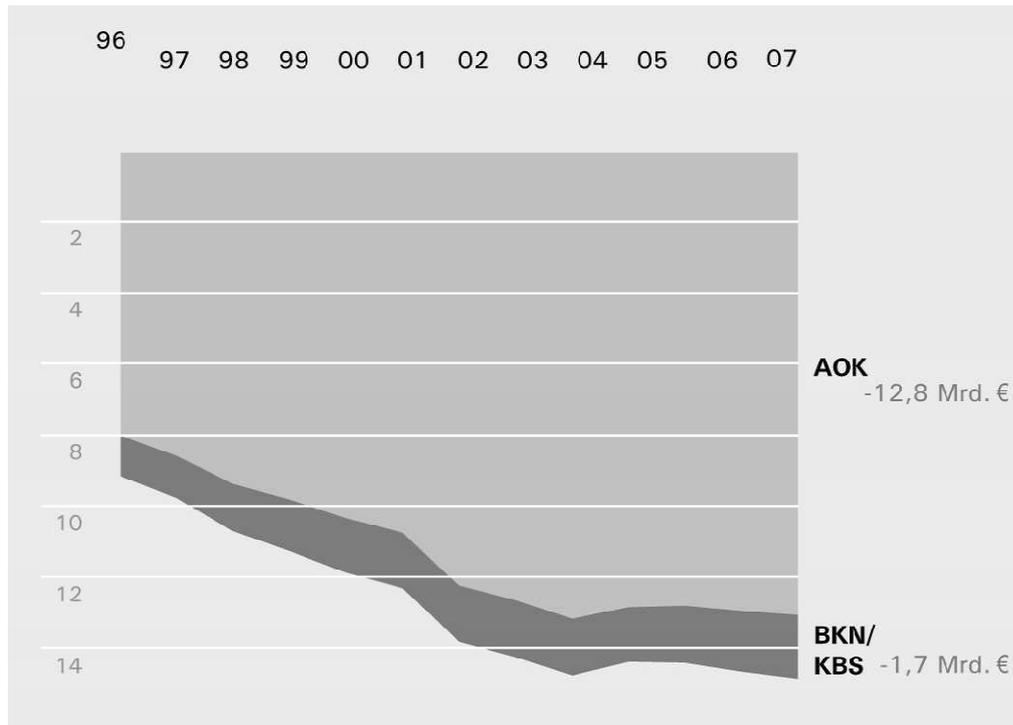


Figura 60: Evolución del Fondo de “compensación por estructura de riesgo” en mil millones de euros: Cajas que reciben (receptores):

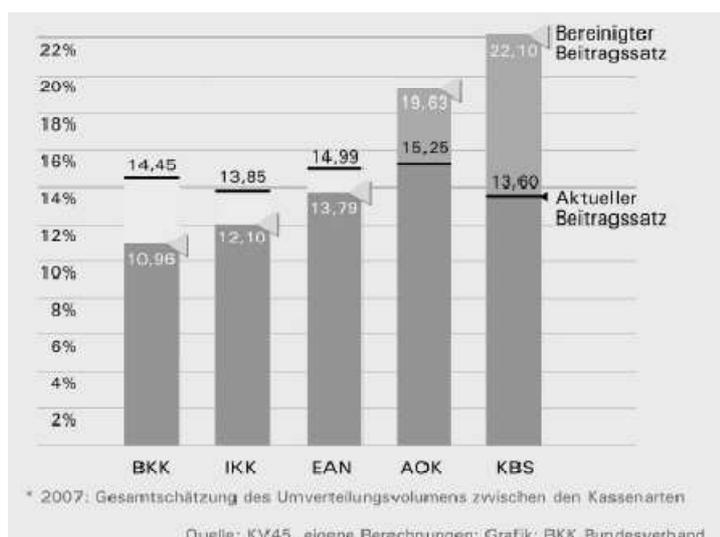


Fuente: BMG, BKK asociación federal

Las cuotas de contribución teóricas depuradas, es decir, las que corresponderían sin que se aplicara el mecanismo de compensación a través del RSA, serían las reflejadas en la figura 61.

A partir de 2007 se prevé un RSA ajustado directamente a la morbilidad individual de cada individuo en cada caja.

Figura 61: Cuotas de cotización teóricas por tipos de cajas de enfermedad, sin aplicación de RSA (depurado). Año 2007.



Fuente: KV45 y BKK asociación federal. Leyenda: La línea horizontal indica la cuota actual y el fin de la columna, la teórica.

Si aun con todo lo anterior una caja tiene deudas, puede exigir a sus asegurados un incremento de aportación, previo aviso y ofreciendo la opción de cambiarse de aseguradora. Nunca podrá exigir más del 1% de los ingresos brutos del asegurado (0,5% en caso de enfermedad crónica). Puede exigir un cobro de 10 euros mensuales, sin examen previo de la nómina. Si con estas medidas las cajas tienen beneficios, pueden ofrecer devoluciones según su criterio. El cambio a otra caja a veces no es posible realizarlo antes de 18 meses de afiliación y puede conllevar penalizaciones en forma de bloqueo de reafiliación hasta pasado un cierto tiempo, etc.

Cada caja puede ofrecer a su vez una tarifa especial cuando el miembro se adhiere a programas especiales de prevención o de gestión de procesos (*disease management programmes*).

El presupuesto de las aseguradoras de enfermedad se configura casi exclusivamente con las cuotas de los asegurados. Excepcionalmente se admiten “otros ingresos” (Art. 220, SGB V). En caso de que una aseguradora tenga déficit, deberá incrementar el importe de las cuotas para hacer frente al mismo. Estos incrementos no pueden superar el 2% de los ingresos brutos del asegurado, o el 1% en caso de enfermos crónicos. -No se contemplan ingresos por conceptos de cobro de alquileres u otros beneficios patrimoniales-.

Únicamente en Alemania Oriental las aseguradoras de enfermedad estuvieron excepcionalmente autorizadas hasta el 31.12.1998 a acudir a líneas de crédito para evitar aumentar la cuota. Al mismo tiempo parte de la financiación de la sanidad de la antigua RDA se nutría del suplemento de solidaridad que todo ciudadano occidental y oriental tuvo y sigue teniendo que pagar para sus conciudadanos del este (desde 1998 se paga anualmente un 5,5% de los IRPF sobre los ingresos; entre 1991 y 1998 se pagaron diferentes porcentajes).

La mitad del ahorro resultante de la Ley para la modernización de la Sanidad de 2004 (GMG) deberá aplicarse a la reducción de la cuota.

La transferencia financiera del Estado central se limita a la compensación global de las prestaciones ajenas a la contingencia asegurada. Dicho pago compensatorio ascendió a 2.500 millones de euros en el año 2005 y a 4.200 millones en 2006.

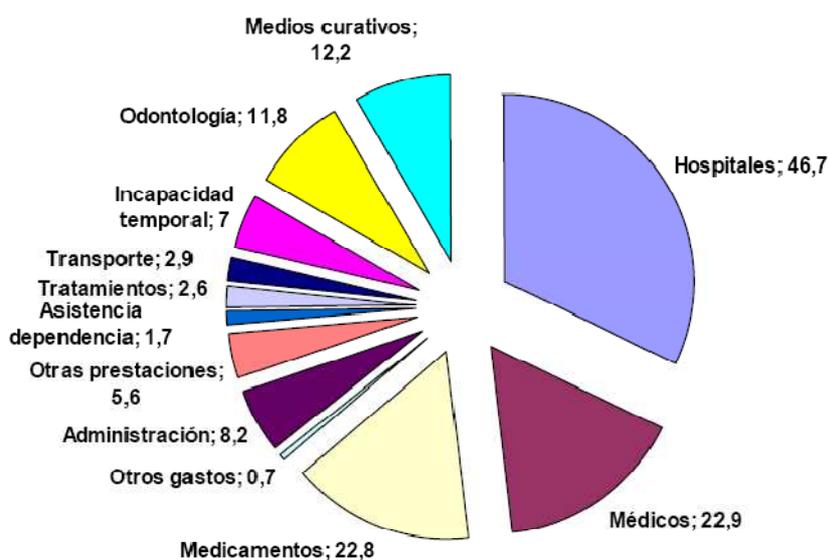
Se entienden como “prestaciones ajenas” todas aquellas que, aun no estando incluidas en el catálogo, se consideran de importancia sociopolítica,

como p.ej. la prestación de excedencia por maternidad, las esterilizaciones, la inseminación artificial, así como la asistencia domiciliaria. Para financiar esta transferencia, el Estado central incrementó en 2005 el precio del tabaco en un 1 euro por cajetilla.

Las cajas del SEE, por decisión de la Federación nacional de las KK del SEE (*Spitzenverband Bund del GKV*), fijan los precios máximos por producto o servicio, y sólo serán reembolsados hasta esa cantidad.

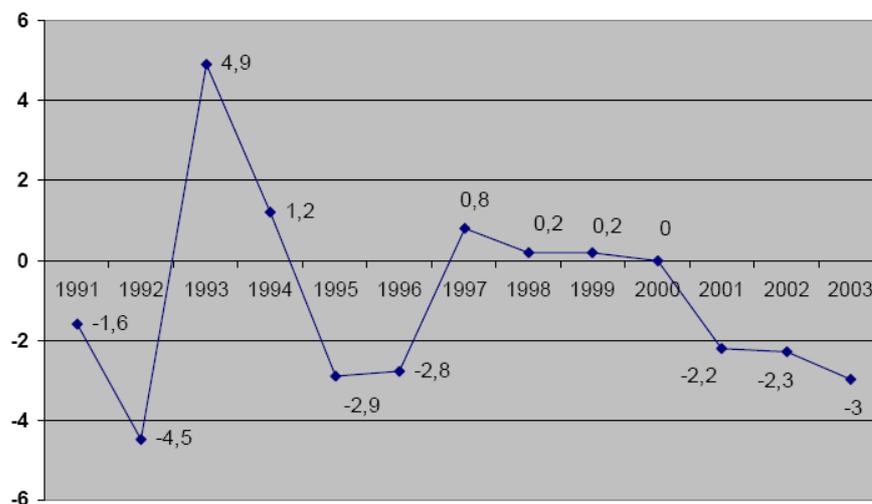
El gasto de las cajas de enfermedad del SEE fue en 2005 de unos 143,5 mil millones de euros, aproximadamente un 50% de todo el presupuesto sanitario de la RFA. Este gasto crece constantemente y en el debate político actual está la opción de incrementar el porcentaje de financiación correspondiente a impuestos.

Figura 62: Partida de gastos del Seguro Estatal Estatutario (SEE). Ene-Sep. 2006



Fuente: Estadística del Ministerio de Sanidad Alemán KV 45

Figura 63: Déficit/superávit de las aseguradoras estatales de enfermedad (en %)



El seguro privado de enfermedad

Los seguros de enfermedad privados (SEP) tienen su origen mucho antes de las grandes convulsiones sociales provocadas por la revolución industrial, cuando se crean organizaciones con el objetivo de protegerse de los daños derivados de sucesos fortuitos en base a un reparto del riesgo entre personas amenazadas por situaciones similares (ej. seguros contra incendio). No se paga según el poder económico sino según el riesgo individual. Riesgos similares pagan primas similares. Como dijimos anteriormente, la frontera que marca la pertenencia al SEE o al SEP es un umbral de los ingresos habituales (límite de pertenencia obligatoria al SEE), si bien muchos optan voluntariamente por el SEE.

La base jurídica del SEP es el Código civil alemán (BGB), Ley de Contrato de Seguro (VVG) y la Ley de Condiciones Generales de la Contratación y Contrato de Seguros (AVB), como elementos del derecho mercantil.

Las aseguradoras privadas funcionan como figura jurídica de derecho privado y se constituyen en sociedades mercantiles (sociedades anónimas o VVaG)^{LXXII}.

Las aseguradoras se constituyen en sociedades anónimas o sociedades de seguros tipo mutualidad (VVaG) o cualquier otra modalidad de derecho mercantil. Actualmente se debate si otorgar la opción de constituirse como cooperativas, modalidad que ya ha experimentado proyectos pilotos en algunas regiones, así como en algún cantón de la vecina Suiza, en la totalidad del territorio de Japón y, a su vez, en Holanda⁶⁸.

En Alemania actualmente la tendencia es la formación de S.A., en detrimento de las mutuas. Se discute por diferentes líderes de investigación la constitución de sociedades de gestión (sociedades limitadas, cooperativas y otras formas de derecho privado), como mejor forma de abordar la intermediación entre las actuales KK y los proveedores⁷⁰. La tendencia creciente a la privatización puede responder al deseo político encubierto de eliminar la dualidad de los sistemas de aseguramiento (SEE y SPE) para obtener una única estructura y/o descargar al Estado de la servidumbre que

^{LXXII} En las Sociedades Anónimas de una KK el asegurado no es necesariamente socio, en las VVaG (sociedades de seguros tipo mutua sin ánimo de lucro) el asegurado es a la vez socio y beneficiario en forma de reducción de cuotas (bonificaciones) en caso de que la KK obtenga beneficios empresariales.

supone el SEE, si bien exigiría introducir una reforma de la Constitución alemana, que protege la existencia del seguro social en lo que es y ha sido su esencia desde 1883.

Las cajas de enfermedad privadas, Private **Krankenkassen** (PKK)

A fecha del 01.01.2007 existían 52 cajas aseguradoras privadas en Alemania.

Hasta el 1 de enero de 2004 no existía ninguna cooperación entre SEE y SPE. A partir de esta fecha se abrió la opción de complementar el SEE con un seguro de enfermedad privado^{LXXIII}. Las cajas del SPE consideran esta medida innecesaria, distorsionadora de la libre competencia y, por tanto, jurídicamente cuestionable. Aun con todo, un millón de usuarios ya han cerrado contratos de este tipo. La tendencia es creciente (ver más adelante).

Las modalidades de aseguramiento son:

- seguro completo (sustituye al SEE)
- parcial (ej, en funcionarios que completan su seguro gremial de funcionarios)
- suplementario (para viajes, estancias en hospital, complementario al SEE, etc.).

^{LXXIII} § 194 (1a) del SGB V

Tal como se aprecia en la figura 64, no todas las aseguradoras estatutarias cooperan con las privadas o viceversa.

Figura 64: Socios de cooperación entre SEE y SPE

ASEGURADORAS PRIVADAS (SPE)	ASEGURADORAS ESTATALES (SEE)
Alte Oldenburger →	1 AOK
Barmenia →	BKK/BV
Consal →	3 AOK
Central →	TK
DKV →	13 AOK/BKK
Hall.Nationale →	Knappschaft (de minería)
HanseMercur →	DAK
HUK →	Barmer
LVM →	KKH
Signal →	IKK BV
SDK →	GEK
Victoria →	BKK/IKK/LHK

Después de la última reforma sanitaria de 2007 este tipo de cooperación es más fácil, en consonancia con la tendencia de liberalizar más el sector sanitario, incluido el asegurador.

Al mismo tiempo, a partir de 2009 las PKV están obligadas a ofrecer una tarifa básica para todo aquel que quiera y pueda optar por ella. Hasta esa fecha existe una tarifa transitoria (tarifa estándar modificada), sin suplementos por riesgos, sólo fijado según edad y sexo, y con obligación de atención sanitaria. Esta nueva tarifa básica no puede superar el importe máximo de la SEE (500 € a finales de 2007) (ver más detalles en reformas sanitarias).

Afiliación

Además de los que superan el techo de aseguramiento obligatorio para el SEE y los que desde 2004 voluntariamente suscriben un seguro privado, tienen seguro estatal voluntario:

- Autónomos
- Funcionarios
- Jueces
- Soldados profesionales
- Otros empleados públicos (de correos, policía de frontera, de ferrocarriles, etc.)
- Estudiantes universitarios que trabajan más de 20 horas/semana
- Religiosos y corporaciones eclesiásticas públicas
- Profesorado de entidades privadas
- Estudiantes hasta los 30 años, previa liberación del SEE

Si una caja del SPE sube una tarifa o pide suplementos, está obligada a ofrecer al asegurado la posibilidad de cambiarse de KK.

Hasta el 01.04.2007 en las KK privadas existía el “derecho de admisión” (salvo recién nacidos de personas pertenecientes al SPE). Desde esa fecha, las KK del SPE están obligadas a admitir a otras personas, que hasta ahora

quedaban excluidos (mayores de 55 años, con ingresos inferiores al límite de pertenencia obligatoria al SEE y que estuvieron al menos 10 años asegurados en otra compañía del SPE); todo ello a una “tarifa estándar modificada”, no ajustada según el estado de salud/enfermedad previo, y nunca superior al promedio de la tarifa máxima de las KK del SEE. A partir del 01.01.2009 se aplicará una nueva “tarifa básica”, abierta a todo el mundo (ver más adelante).

El empresario tendrá, a su vez, derecho a cambiarse a la tarifa básica.

Cuota

El cálculo de las primas se basa en el *principio de equivalencia* (tarifa según prestación) y se calcula para toda la vida en función de la edad, género, comorbilidad y provisiones a cubrir (a partir de 2009 se suprimirá el elemento “género”). Los incrementos de tarifa siguen criterios del mercado libre (IPC, inflación, volumen de negocio, Euribor, etc.). En teoría puede haber reducción de cuotas, ante buenos resultados económicos, pero la experiencia enseña que cada 12 años la cuota suele duplicarse⁷¹. La cuota incluye una partida a modo de fondo de pensión. Los cálculos se ajustan a la normativa recogida en la norma de cálculo (KaIV). Las aseguradoras con la estructura de mutualidad suelen estar menos sujetas a las fluctuaciones de mercado, dada la falta de ánimo de lucro. Las variaciones en la cuantía de las cuotas pueden resumirse de la siguiente manera:

- Subida de cuotas sujetas a leyes de mercado libre (SPE)
- Subida de cuotas indirecta mediante exclusión de prestaciones marcadas por Ley (SEE)

En el SPE existe una gran variedad de tarifas individualizadas, con y sin franquicia, y una gran competencia para captar clientes (sobre todo jóvenes). A mayor edad, mayor dificultad para entrar/cambiar a una nueva KK del SPE.

Los familiares de los asegurados gozan de primas especiales.

Servicios cubiertos por las PKK

Las aseguradoras privadas, por ejemplo, garantizan a sus clientes los mismos servicios permanentes a lo largo de toda su vida, siempre y cuando abonen regularmente una determinada prima. Las cajas calculan su coste en función de una serie de variantes como son la edad, el sexo o la existencia de enfermedades crónicas. Los familiares del asegurado privado también tienen que contribuir con un aporte mensual.

Existe un catálogo individual de prestaciones reembolsables (parte de tratamientos odontológicos, etc.). A su vez existen bonificaciones si no hubo utilización de servicios asegurados y si la empresa aseguradora tuvo una balanza económica favorable. Últimamente también se incentiva el seguimiento de programas de cribado o modelos de médico de cabecera, etc.

El fundamento de la remuneración de los médicos es la Norma Oficial Tarifaria para facultativos/dentistas GOÄ/GOZ. La tarifa básica que la caja cobra a sus afiliados sólo cubrirá los tipos básicos de dicha Norma Oficial.

Tratamiento ambulante en consultas concertadas: Los asegurados reciben una factura del médico que visitan o de la organización asignada por éste (si el paciente lo consiente) y que, igual que las recetas, entregará a su aseguradora para su reembolso. La aseguradora examina los recibos y decide

cuáles reembolsa. El paciente no queda eximido de pagar lo que la aseguradora no cubre. Este sistema resulta en ocasiones muy farragoso para el paciente.

Tratamiento hospitalario con ingreso: Los costes se tramitan directamente entre hospital y KK y se rigen por GRDs. Los tratamientos individuales (visitas del jefe de servicio, habitación individual) son facturados al paciente según la GOÄ/GOZ.

Prestaciones extras asegurables:

- Tratamiento hospitalario en habitación doble o individual
- Libre elección de hospital
- Visita del jefe de servicio
- Piezas dentarias de sustitución
- Tratamientos de cirugía maxilofacial
- Ayudas para la vista (gafas, lentes de contacto)
- Tratamientos alternativos y de medicina natural
- Masajes y fisioterapias
- Psicoterapia

Desde enero de 2004, más de 1.000.000 alemanes han contratado un seguro privado complementario al estatal para obtener algunas preferencias en la atención sanitaria (obtener habitación individual o ser visitado por el jefe de servicio en vez de por el adjunto).

Además, generalmente los adscritos al SEE hacen, en promedio, 0,5 a 1 visita más al médico que los del SPE, dado que son más los jóvenes y sanos los poseedores del SPE y requieren, en promedio, menos atención médica.

La Federación de aseguradoras privadas de enfermedad^{LXXIV} (*Verband der privaten Krankenversicherung, PKV-Verband*) ha publicado parte de un informe sobre los pagos realizados a proveedores para la atención a sus asegurados⁷². Esta Federación informa que aproximadamente un 10 % del total de los asegurados está afiliado a una aseguradora privada y que la atención a estos pacientes redundará en importantes beneficios para farmacias, centros hospitalarios y médicos de todas las especialidades. El informe cifra estos ingresos adicionales en 8.500 millones de euros anuales. Asimismo, señala que es sobre todo en la atención médica básica donde más se hace notar la diferencia de pago por una atención a un público y otro privado: un tratamiento idéntico conlleva ingresos hasta tres veces superiores en caso de tratarse de un asegurado privado. Las aseguradoras privadas abonaron un total de 6.500 millones de euros a los 31 facultativos, un gasto que habría sido de 2.900 millones de euros si de asegurados públicos se hubiera tratado. El informe llega a la conclusión de que este 10 % de asegurados genera el 20 % de los ingresos en este sector.

^{LXXIV} PKV-Verband: con 47 miembros (21 sociedades de seguros Mutua o VVaG y 26 sociedades anónimas o AG) defiende los intereses de las aseguradoras privadas y es interlocutor frente a agentes políticos nacionales y europeos.

Presento las diferencias principales entre SEE y SPE⁷³ (situación a 01.04.2008) en el siguiente esquema:

Figura 65: Diferencias entre SEE y SPE

SEE:	SPE:
<ul style="list-style-type: none"> • Rama de la seguridad social • Financiación por repartición sin generación de capital • Contribución según capacidad financiera (ingresos) con límites de ingresos anuales que marcan la pertenencia obligatoria • Fluctuación de tarifas en función de regulaciones legislativas (suelen descender con la edad y pueden aumentar indirectamente mediante la exclusión de algunas prestaciones) • Contrato con los proveedores • Miembros familiares coasegurados de forma gratuita • Servicios/Provisión en forma de prestaciones (innovaciones médicas sólo se cubren si son suficientes, oportunas y eficientes) • Copago de 10 € por cuatrimestre por visita médica para mayores de 18 años • Compensación según estructura de riesgo • Incluye programa de bonificaciones desde 2004 • Catálogo de prestaciones fijado por el SGB V e idéntico para todos los asegurados (todos tienen el mismo estatus) • GOÄ/GOZ como base para la 	<ul style="list-style-type: none"> • Principio de equivalencia con cobertura mediante capital • Contratos de derecho privado • Principio de bonificación o restitución de costes • Contribución según edad, género, riesgo. Desde 2009 tarifa “básica” común con SEE • Prestaciones en función de paquetes pactados (gran variedad y modalidad de tarifas, y por ende, de prestaciones cubiertas) • Fluctuación de tarifas en función de leyes del mercado (suelen aumentar con la edad). • Aportaciones del resto de miembros familiares (tarifas especiales) • Gran competencia para captar clientes (jóvenes). Desde 2009 no tiene derecho de admisión. • Selección según límite de ingresos marcados por la ley • Escasa competencia para clientes con patologías crónicas • GOÄ/GOZ como base para la retribución de los facultativos concertados (los facultativos contratados en la administración pública cobran sueldos en base con las tarifaciones establecidas en el contrato de empleados públicos (Tarifvertrag des öffentlichen

<p><i>retribución de los facultativos concertados</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>MBE como base para la contabilidad en el sector ambulante</i> • <i>Corporaciones de derecho público</i> • <i>Quejas y reclamaciones se tramitan en los juzgados de lo social y son gratuitos</i> • <i>Base jurídica: SGB libro V</i> 	<p><i>Dienstes, TvöD) aprobado en 2005.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Corporaciones de derecho privado: S.A., Mutualidades</i> • <i>Quejas y reclamaciones se tramitan en los juzgados de primera instancia y no son gratuitos</i> • <i>Base jurídica: Código civil (BGB; VVG; AVB)^{LXXV}</i>
--	---

Actualmente, para afrontar la financiación de la sanidad, Alemania pretende actuar aumentando el porcentaje correspondiente a impuestos, actualmente menos del 5%. Lleva el riesgo o la desventaja de grabar igualmente al pobre que al rico, aunque se compensa algo si se aplica a productos que generalmente compran más los ricos. Sería interesante que la financiación se basara más en la renta de cada ciudadano, en vez de a la recaudación de impuestos indirectos.

Por otra parte, existe la tendencia de liberalizar el mercado para optar por diferentes aseguradoras, que inclinan su balanza hacia el principio de equivalencia, entendiéndose por tal la aportación en función del riesgo estimado de enfermar.

La última reforma sanitaria de 2007

^{LXXV} BGB: Bürgergesetzbuch (código civil alemán). VVG: Vermoegens und Verwaltungsgesellschaft (sociedad patrimoniales). AVB: Allgemeine Versicherungsbedingung (condiciones generales del seguro) .

Ley de Reforzamiento de la Competencia del SEE (*Gesetzliche Krankenversicherung-Wettbewerbsstaerkungsgesetz, GKV-WSG*).

El sistema sanitario alemán acaba de introducir una importante reforma, traducida en Ley federal que entró en vigor el 1 de abril de 2007 y pretende introducir mayor competitividad en el sistema sanitario, así como prestar una máxima atención a la seguridad y eficiencia.

Por primera vez en la historia de Alemania existe la obligación de aseguramiento para todos los ciudadanos, sin excepción. Dicha reforma contiene los cuatro siguientes aspectos:

- Introducción de un seguro de enfermedad para todos
- Reforma de la estructura asistencial y de las organizaciones de las cajas del seguro
- Reforma del orden financiero
- Reforma de las cajas de seguro

A través de esta reforma se pretende incrementar la calidad de la provisión, mejorar la eficiencia mediante una mayor transparencia, fomentar la competencia, disminuir la burocracia y ampliar la capacidad de decisión y elección del asegurado.

Esta reforma fue muy criticada —especialmente en Baviera y Hessen (ver más adelante)— por la mayoría de agentes como médicos, hospitales, sindicatos y patronales por la previsible subida de impuestos. Se aprobó con 378 votos (64%) de los 592 diputados que componen el Reichstag alemán,

durante una legislatura en que gobierna la gran coalición (SPD + CDU). Entró en vigor el 1 de abril de 2007.

Los nuevos hitos son⁷⁴:

- Obligatoriedad de aseguramiento para todos en el año 2009. A partir del 1 de enero 2009 cada ciudadano está obligado a estar suscrito a un seguro de enfermedad, si aún no está asegurado. Si alguien había quedado fuera del seguro, debe regresar al último seguro que tuvo, obligatoriamente a partir del 1 de abril 2007 para quienes tuvieron un seguro del SEE y a partir de 2009 para quienes tuvieron uno privado. Para los que ya pertenecían al SPE previamente, tienen la opción de regresar a su seguro privado a partir del 1 de julio 2007.
- A partir del 1 de enero de 2009 todas las aseguradoras privadas, que hasta ahora aplicaban tarifas diferentes y variadas, tienen obligación de ofertar la llamada “tarifa básica”, una cuota mínima, que no puede superar la tarifa máxima del SEE. Hasta esa fecha el SPE aplica una tarifa “estándar”, que no tendrá suplementos especiales. Debe cubrir las mismas prestaciones que el SEE. Se eliminarán los suplementos por riesgos y no se permitirá la exclusión arbitraria.
- La tarifa básica no puede superar la tarifa máxima del SEE (unos 500 €/mes a finales de 2007) y no podrá contemplar la estructura de riesgo por comorbilidad ni aplicar suplementos, y las prestaciones cubiertas deben equivaler a las del SEE. Cualquier asegurado adscrito de forma voluntaria al SEE o perteneciente al SPE puede acogerse a la tarifa básica. También todos los asegurados en el SEE podrán cambiarse,

pagando la tarifa básica, a un seguro privado en un plazo de 6 meses. Los clientes de aseguradoras privadas también podrán cambiarse a esta tarifa básica en cualquier otra aseguradora. Los mayores de 55 años que hasta ahora pagaban un plus y no pueden sufragarlo por más tiempo, quedarán exentos del mismo dentro de su aseguradora.

- La parte alícuota de la cuota de las aseguradoras privadas correspondiente al fondo de provisión para la edad anciana, protegidas por la constitución alemana (título o párrafo...), se transfieren íntegramente a la nueva tarifa básica, ya sea dentro de la misma compañía o al cambiar a otra (no sucederá la portabilidad entre SEE y SPE).
- En caso de que un miembro de una PKV debido a su aportación pase al estatus de “necesitado” según lo definido en el SGB II (desempleo) o SGB XII (ayuda social), nuevas regulaciones garantizan que los afectados no sufran sobrecargas financieras (pagarán la mitad de la cuota).
- Los que hasta el 01.04.2007 no tuvieron seguro alguno se pueden atener a una tarifa estándar modificado, sin suplementos por riesgo y con obligación de asistencia. Esta tarifa será relevada a partir de 2009 por la tarifa básica.
- Techo de cotización de 3.600 €/mes en 2008 (incremento de 1,05%).
- Hasta 2007, los ingresos mínimos, por debajo de los cuales no se contribuye con menos, correspondía a un ingreso de 1.837,50 Euro bruto/mes, aunque tras la reforma este límite ha bajado a 1.225 Euro, al

que hay que sumar, no obstante, patrimonio e ingresos de coasegurados o cónyuge, por lo que la variación resulta algo menor.

- Quien previamente estuvo asegurado en el SEE de forma voluntaria, tendrá oportunidad de cambiarse a un seguro del SPE, si durante 3 años consecutivos, no antes, cumple los criterios mínimos de pertenencia, es decir, haber obtenido unos ingresos anuales “umbrales” (48.150 € en 2008).
- Las KK del SPE no pueden rechazar a ningún miembro que quiera atenerse a la tarifa básica, que sólo se registrá por edad y género^{LXXVI}
- Dentro de las aseguradoras privadas será muy fácil cambiarse, dado que se aplicará la portabilidad de las aportaciones, así como la parte correspondiente a las reservas para la edad avanzada.
- Cambios estructurales en la organización de proveedores y de cajas de enfermedad:
- Los hospitales podrán ofrecer (más) tratamientos ambulantes, confinados hasta el momento a las consultas de médicos concertados (de libre ejercicio).
- Mejora de la atención a enfermos de cuidados paliativos, en especial hospitales infantiles, que además tienen que aportar menos mediante donativos (rebaja de 10% a 5%).
- Entre las prestaciones ampliadas, cubiertas por las cajas de enfermedad se incluye:

^{LXXVI} La caja de enfermedad privada Continentale S.A. ha presentado un recurso de inconstitucionalidad de la Ley WSG-GKV, al considerar la obligatoriedad de admisión de miembros una violación de sus derechos (Fuente: nota de prensa de la aseguradora Continentale S.A. 17 julio 2007).

- Tratamiento rehabilitador
 - Tratamiento domiciliario de personas mayores o discapacitados
 - Vacunaciones (obligatorias) y tratamientos de cura
 - Fomento de la promoción de la salud en las empresas
 - Subvenciones de las KK para partos domiciliarios (*Geburten im Geburtshaus*)
 - Reembolso de cuidados domiciliarios en comunidades de convivientes y nuevas formas de convivencia
 - Obligatoriedad de Acreditación/Certificación de centros de rehabilitación
- Creación de una institución (IQWIG bajo el mandato del G-BA) que mide, y documenta la calidad de la prestación de servicios y evalúa la suficiencia, oportunidad y eficiencia de las innovaciones tecnológicas para diagnóstico y tratamiento.
 - El aseguramiento de la prestación sanitaria sigue produciéndose a través de las federaciones de médicos concertados (KV) y las remuneraciones según la Norma Oficial Tarifaria para facultativos (GOÄ), pero se producirá una Reforma de dicha norma en 2009 (simplificación), mediante instauración de precios fijos en euros para una lista pactada de prestaciones. Esto permite mayor poder de planificación de los médicos. El riesgo de mayor necesidad terapéutica de los pacientes (diferentes riesgos de morbilidad) ya no lo soportará el médico, sino las KK, lo que redundará en un mayor beneficio para los facultativos. Los procedimientos de facturación, los controles y las exigencias de documentación a

médicos, enfermería y hospitales se simplifican. Los pacientes privados pagan también según la GOÄ.

- Todos los medicamentos tienen que someterse a un estudio de coste-utilidad, efectuado por el comité federal conjunto
- Introducción de la administración de fármacos por unidosis.
- Para la aplicación de nuevos tratamientos, será necesaria una segunda opinión médica para su introducción.
- Para la introducción de medicamentos se abrirán concursos y las cajas podrán negociar mejores precios con los productores de medicamentos.
- Las cajas aseguradoras competirán más entre sí. Podrán diseñar prestaciones individualizadas y específicas, entre las que los asegurados podrán escoger. Entre sus ofertas cabe destacar:
- La autoresponsabilidad se “bonifica”.
- Las aseguradoras premian a sus miembros (o cobran cuotas menores) a miembros que se adhieren a programas de prevención o protocolos de tratamientos
- Las aseguradoras tienen obligación de ofrecer tarifas de modelo de “médico de cabecera” o programas de gestión por procesos (disease management programmes) sobre todo para enfermos crónicos, que son más económicas. El asegurado tiene libertad para atenerse a este modelo o no. Si lo escoge está obligado a adherirse a este modelo al menos durante 1 año.

- Se ha planteado que el incremento de cuota no debe sobrepasar el 1% de los ingresos del asegurado. De momento esta medida no ha sido aprobada por el actual Ministerio de Sanidad, liderado por la socialdemócrata Ulla Schmidt.
- Menor burocracia, estructuras firmes y decisiones rápidas.
- Opción de contratos directos entre KK y médicos privados y hospitales
- Apertura de la KK de mineros (2007) y de trabajadores del mar (2009) a cualquier persona.
- En el ámbito federal, las 7 mayores asociaciones de las cajas de seguros de enfermedad obligatorios (7 Spitzenverbände) se reducen a una única asociación federal, Central de la Asociación federal de seguros de enfermedad^{LXXVII} (Spitzenverband Bund der Krankenkassen, SpiBu), que establece las condiciones marco para una competencia intensa en aras de obtener la mejor calidad y máxima eficiencia de las prestaciones sanitarias. Tendrá su propio y único servicio médico en el conjunto federal.
- Las cajas podrán fusionarse, para ahorrar costes y mejorar la oferta.
- El máximo órgano autoregulador, el G-BA se profesionaliza y las decisiones sobre nuevos métodos diagnósticos y terapéuticos podrán tomarse de forma más veloz y transparente. El progreso de la medicina llega a los usuarios con mayor inmediatez. Sus sesiones serán públicas.

^{LXXVII} Central de la Asociación federal de seguros de enfermedad con sede en Berlín

- A partir del 1 de enero de 2009 se creará el fondo de compensación federal (Gesundheitsfond), a través del cual se financiará el SEE^{LXXVIII}. Es un fondo común, administrado por la Oficina Federal de seguros (Bundesversicherungsamt, BVA, con sede en Berlín, al que todos los contribuyentes pagarán una proporción fija de sus ingresos, estipulada por Ley a partir de 01.01.2009. De esta manera —al igual que para el seguro estatutario de dependencia, pensiones y desempleo— existen cuotas unitarias para el seguro estatutario de enfermedad. Las diferencias de las cuantías de las cuotas de contribución a las diferentes cajas desaparecerán. Las aportaciones, que siguen procediendo de trabajador y de empresario, y que se estima que superarán la cuota del 15% de los ingresos brutos, fluyen a dicho fondo común, desde el que se repartirá a las diferentes cajas cantidades fijas, unos 150 a 170 €/asegurado, más suplementos según la edad y determinados grupos de riesgo/comorbilidad correspondientes a unas 80 patologías que superan en más del 50% el gasto promedio por asegurado de las prestaciones de los SEE). Esto es lo que se llama compensación por estructura de riesgo. El género desaparecerá como factor modificador de la aportación. El fondo, a su vez, recibirá subvenciones del Estado. También habrá aportaciones extras, pago de primas o devoluciones en el SEE. El fondo de compensación federal permite que la diferente capacidad financiera de las cajas se compense en un 100%; ello como expresión de la solidaridad nacional, relevando de esta forma la actual compensación por estructuras de riesgo.

LXXVIII § 271 SGB V

Figura 66: Gesundheitsfond, fondo de compensación federal

Contribuciones del trabajador	Contribuciones del empresario	Subvenciones del Estado	Suplementos/Repartos (fijos/porcentual)
↓	↓	↓	↑
Fondo de compensación federal (a partir de 01.01.2009)			Repartos del SEE a sus asegurados
↓			↓
Transferencia/asegurado (cantidad fija y suplementos ajustados por riesgo)			Suplementos de los asegurados a las cajas del SEE
↓			
221 KK del SEE (a 01.06.2008)			

Fuente: Henke KD. Caminos hacia una nueva dualidad de SEE y SPE⁵

- “Cláusula de convergencia” (exigida por el Estado de Baviera):

Esta cláusula determina que el exceso de carga financiera de las cajas de los Länder “ricos” no supere un límite máximo. De esta forma se pretende asegurar que las cajas de los Länder ricos no ceda al fondo de compensación una cantidad ilimitada, fijando el máximo en 100 millones de euros anuales (cláusula de convergencia). Si se alcanza este valor umbral, se recibe mayores fondos del fondo común. La oficina de seguro federal (Bundesversicherungsamt) prevé que no se va a alcanzar este límite.

El instituto para la economía de la salud en Múnich (Institut für Gesundheitsökonomik München (IfG), realizó un estudio en el que se

prevé un incremento de las aportaciones a las cajas de un 15,5%, debido al mencionado “fondo de compensación federal”.

- A partir del año 2011 habrá algunas modificaciones en la forma de percepción de las aportaciones a las cajas. Las cuotas de los asegurados y los empresarios pasarán todas de forma compilada directamente al fondo de compensación, y a partir de éste se reparte a las diferentes cajas. No obstante, las cajas podrán asignar de forma precoz recursos a instalaciones comunes para ahorrar costes (innecesarios) administrativos. Los empresarios podrán pues enviar sus aportaciones proporcionales por cada trabajador y todos los expedientes a una única caja. Ésta los deriva a las diferentes KK. Este nuevo órgano supremo de las cajas a nivel federal (Spitzenverband) *Bund der Krankenkassen* asegura un procedimiento de recaudación unitario en el conjunto federal y suprime los órganos supremos de cada tipo de caja del SEE (hasta ahora había siete).
- El nuevo sistema de financiación hace que las prestaciones y la gestión financiera sean más transparentes. Una KK muy eficiente puede ofrecer ventajas o devolver parte de las aportaciones a sus asegurados. Las KK poco eficientes pueden subir la cuota para sus asegurados (no > 1% de los ingresos del asegurado). Si una caja pretende subir su cuota está obligada a informar a sus miembros sobre la opción de cambiar a otra KK en un plazo máximo de 3 meses, durante los cuales, en caso de hacer uso de esta opción, el asegurado no pagaría el suplemento. Tampoco pagan los coasegurados, y los económicamente más débiles

no lo pagan íntegramente (contribuyen residencias, la oficina de asuntos sociales y otros).

- El mercado de las KK se liberaliza. Se expande el abanico de opciones de negociación de las KK con médicos, compañías farmacéuticas, hospitales, empresas de ortopedias y otros complementos, y otros proveedores. Al mismo tiempo, dentro de las iniciativas de liberalización del mercado, crece y se diversifica el mercado para los contratos entre proveedores y las KVs y para los convenios colectivos, a la vez que se abre la posibilidad de pactos directos entre KK y médicos privados.
- Incremento de la aportación vía impuestos a partir de 2009 (1,5 mil millones de euros en 2007, apenas un 1% del presupuesto total de la sanidad alemana, y con una previsión de duplicar esta partida en 2009).
- A partir 2009 se introducen aportaciones unitarias para las mismas provisiones, de manera que un mismo servicio tiene un precio unitario en toda la nación.
- Hasta ahora la entrega a las KK de una factura de médico, odontólogo u hospital suponía la restitución, parcial, de los costes causados al asegurado. Ahora, el cliente puede escoger una restitución de costes por sectores (dentista, hospital, médico, etc.), de modo que puede optar por la categoría donde prevé más uso, aunque dicha restitución sea parcial también. Ahora bien, esta elección supone una vinculación en un tiempo, sin opción a cambio. Muchos médicos sugieren a sus pacientes esta modalidad para así poder facturar más a las cajas.

- Las cajas deben saldar sus deudas para el año 2008. Para ello exigirán una mayor contribución a sus miembros.
- Se da mayor dotación a las cajas para financiar costes derivados de la medicina paliativa.
- Se obliga a las cajas a financiar la atención domiciliaria (aún en debate por parte del Comité Federal Conjunto (ver órganos constituyentes del sistema sanitario))
- Las vacunaciones, hasta ahora financiadas de forma muy desigual entre las diferentes cajas, son incluidas en su totalidad por todas las cajas de forma homogénea, según mandato del RKI.
- Se da mayor dotación a las cajas para financiar costes derivados de la medicina paliativa.

Esta última reforma ha incluido aspectos más cualitativos, considerando aspectos epidemiológicos globales y fórmulas de gestión más integradoras a nivel nacional, europeo y mundial.

En los últimos años existe en Alemania una tendencia creciente a una centralización de la política sanitaria, en su planificación estratégica de planificación de hospitales. Esta tendencia tiene su primera expresión en el Código Social^{LXXIX}. En 2007 el *Bund* (Ministerio de Administración Pública

^{LXXIX} §16 del SGB V.

Federal) asume la competencia para tratamientos ambulantes de una serie de prestaciones especializadas y específicas⁷⁵.

4.2.2.2. España y Castilla y León

El modelo sanitario español, basado en el principio de equidad de la Ley General de Sanidad de 1986, de cobertura universal y gratuita (salvo la prestación farmacéutica para no pensionistas), financiado mediante impuestos, es uno de los logros más importantes del Estado de derecho consagrado en la Constitución Española⁷⁶.

La generalización del servicio público sanitario constituye una prestación social individualizada de carácter público comparable en sus efectos de igualdad y cohesión social únicamente al sistema de la enseñanza primaria y secundaria^{LXXX}.

El documento acreditativo del aseguramiento sanitario es la tarjeta sanitaria, una por cada CCAA. A ella tienen derecho todas las personas empadronadas en España.

Hasta 1978 el Sistema Sanitario español se había ido configurando como un mosaico de redes dependientes de diferentes administraciones o entidades (Clínicos, AISNA, Diputaciones, INP). Pero ya desde los años 60 el INP era el organismo más importante y había optado por construir su propia red de hospitales, ambulatorios y consultorios en lugar de concertarlos, como la mitad de los países europeos, que utilizan sobre todo la fórmula de

^{LXXX} España configura un modelo de servicio nacional de salud de forma relativamente tardía, en 1986. Reino Unido lo hizo en 1946, Suecia un poco después. Italia lo hizo en 1978, Portugal en 1979, Grecia en 1983.

conciertos con centros y profesionales privados, es decir, que no tienen personal propio. Al fusionarse estas redes se creó el Insalud en 1978.

En España las redes de servicios existentes no eran suficientes para prestar toda la atención que quería ofrecer la Seguridad Social a sus trabajadores, y se decide construir una red propia y contratar personal propio, el personal estatutario. Hay dos excepciones:

- Cataluña, donde sí que había mejores hospitales, y el INP optó por concertar muchos de los hospitales existentes, en lugar de construir nuevos (con excepciones); además en Cataluña diputaciones y ayuntamientos mantuvieron e incluso incrementaron su protagonismo en la gestión sanitaria.
- Las Mutualidades (*Muface, Isfas, Mugeju*, y antes también la *Mumpa*) y las Entidades Colaboradoras (empresas colaboradoras y mutuas patronales de accidentes de trabajo), que son unos subsistemas que se crean para dar asistencia sanitaria a determinados colectivos no cubiertos por el sistema del INP.

El INP tenía un sistema presupuestario de carácter abierto, de modo que los centros dependientes del mismo tenían cierta bonanza económica, dado que se permitían ampliaciones de partidas de gasto cuando el presupuesto resultaba insuficiente, como en general lo era. Los gestores para “contentar” al Ministerio de Hacienda presupuestaban a la baja, lo cual tendría consecuencias importantes (graves) ulteriormente, en el momento de las primeras transferencias de los servicios sanitarios de la Seguridad Social a las

CCAA, dado que la financiación de los traspasos se fijó atendiendo al gasto sanitario presupuestado en el ejercicio inmediatamente anterior a la transferencia. Las CCAA, a posteriori, carecían de mecanismos para ampliar por su cuenta sus nuevos presupuestos.

Como es propio de los modelos sanitarios tipo “*Beveridge*” (España, Reino Unido, etc.), el Estado o Administración pública juega un papel fundamental en la organización y financiación de los servicios sanitarios, en contraposición a los modelos *bismarckianos*, donde los sistemas son gestionados básicamente por los propios proveedores y asociaciones de aseguradoras públicas o privadas y financiados en gran parte por las cotizaciones a la seguridad social.

Hay que señalar que el modelo actual en España y en la mayoría de CCAA es altamente burocrático y rígido, a semejanza del anterior Insalud. El heredero del Insalud en Castilla y León se llama SACYL, sanidad de Castilla y León.

Tras la culminación en 2003 de las transferencias de competencias en materias de sanidad a las 17 CCAA, cada una tiene autonomía de diseñar su sistema de provisión. Actualmente tienen plena competencia en materias de:

- Salud pública
- Gestión de recursos humanos
- Formación de especialistas (no de selección vía MIR, sino del programa una vez superado el examen MIR).
- Homologaciones de carrera profesional

- Retribución
- Incorporación de nuevos servicios

Al nacer la LGS en 1986, se mantuvieron las relaciones contractuales laborales o funcionariales establecidas con anterioridad a esa fecha entre las Diputaciones y el personal de los hospitales y establecimientos provinciales o municipales, creándose algunos roces entre las políticas de personal de estas entidades y las aplicadas en la mayor parte del SNS. Así, por ejemplo, en las diputaciones se permitía la facturación privada al personal sanitario; y no así en el SNS. Estas tensiones han remitido, en gran parte, tras las transferencias, las cuales han obligado a las CC.AA afectadas a acelerar los procesos de homologación de las condiciones del personal para evitar agravios comparativos, aunque dentro del SNS las diferencias salariales entre CCAA de médicos y enfermeras han suscitado polémica y huelgas hasta finales del presente año 2008.

El aseguramiento privado en España tiene carácter complementario al aseguramiento de la seguridad social, no sustitutorio, como puede ser el caso de Alemania. La cuota a pagar a la aseguradora es fijada libremente por ésta. Numerosas personas adquieren un seguro sanitario adicional para recibir una asistencia más cómoda y más rápida, sobre todo para atenciones de patologías leves. Ante patologías más graves/complejas o importantes intervenciones quirúrgicas suelen acudir a los centros de la red pública. Por tanto, presenciamos aseguramiento cierta duplicidad en el aseguramiento, fenómeno que no ocurre en Alemania., en cuyo caso es sustitutorio o complementario.

Cada vez es mayor el porcentaje de población española que optaría por una asistencia privada, que alcanza un 47% en Cataluña, 45,8% en Canarias, 41% en Murcia y un 32% en Madrid^{LXXXI}. Esta subida de preferencia por la medicina privada se viene observando desde el año 2006. Lo contrario sucede en CCAA con menos inmigración e incluso de crecimiento demográfico negativo, como Asturias, donde la sanidad privada sólo supone un 15%, Cantabria un 25% o Castilla y León, un 30 %.

Castilla y León

La financiación del modelo sanitario castellano leonés se basa en la Ley de Financiación Autonómica 21/2001, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las CCAA. En 2009 se ha aprobado la nueva Ley de financiación.

La sanidad en España es una prestación no contributiva cuya financiación se realiza a través de los impuestos y está incluida en la financiación general de cada Comunidad Autónoma, existiendo dos fondos adicionales:

- Fondo de Cohesión, gestionado por el propio Ministerio de Sanidad y Consumo, y el
- Programa de Ahorro temporal en Incapacidad Temporal y fondo de cohesión para desplazados.

^{LXXXI} Barómetro sanitario 2006, Ministerio de sanidad, España.

La atención a la salud constituye uno de los principales instrumentos de las políticas redistributivas de la renta entre los ciudadanos españoles: cada persona aporta impuestos en función de su capacidad económica y recibe servicios sanitarios en función de sus necesidades de salud.

La Consejería de sanidad de la Junta de Castilla y León es la receptora de la partida presupuestaria para la sanidad de Castilla y León.

El Consejo de Ministros del 27 de abril de 2007 ha autorizado tres acuerdos por los que se asignan a las Comunidades Autónomas 23.174.900 €, procedentes del presupuesto del Ministerio de Sanidad y Consumo, para el desarrollo de políticas de prevención y promoción de la salud, en sintonía con las actuaciones previstas en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud:

- Mejora de la calidad y seguridad del paciente en la práctica clínica.
- Estrategias en salud
- Sistemas de información sanitaria
- Salud perinatal y género
- Prevención del sida
- Prevención de las enfermedades emergentes, reemergentes y de especial relevancia

Figura 67: Cuadro resumen de las cantidades a transferir a las comunidades autónomas para prevención y promoción de la salud

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Calidad y seguridad del paciente	Estrategias en Salud	Sistemas de información sanitaria	Salud perinatal y género	Prevención de la vida	Prevención de enfermedades emergentes y reemergentes	TOTAL
TOTAL NACIONAL	5.000.000	5.000.000	3.952.750	2000.000	4.808.100	2404.050	23.174.900
Andalucía	950.085	950.085	482.303	222.950	740.856	430.002,35	3.776.281
Aragón	152.176	152.176	188.673	56.896	153.659	78.968,83	782.549
Asturias	128.283	128.283	179.880	15.184	145.831	68.457,27	665.918
Baleares	119.250	119.250	176.556	79.220	203.324	64.483,03	762.083
Canarias	237.750	237.750	220.164	86.848	208.599	116.616,13	1.107.722
Cantabria	67.673	67.673	157.576	11.622	96.688	41.792,26	443.024
C. y León	300.550	300.550	243.274	55.780	248.824	144.244,49	1.238.222
C.-La Mancha	230.177	230.177	217.377	73.056	191.112	113.284,50	1.055.184
Cataluña	849.907	849.907	445.488	500.302	722.417	385.929,27	3.753.900
C. Valenciana	572.614	572.614	343.394	265.068	451.737	263.936,51	2.469.364
Extremadura	129.412	129.412	180.296	149.11	126.156	68.953,94	649.141
Galicia	329.676	329.676	253.988	37.050	302.492	157.058,24	1.409.945
Madrid	715.713	715.713	396.054	442.351	805.616	326.891,89	3.402.339
Murcia	163.235	163.235	192.748	104.221	184.648	83.834,05	891.916
La Rioja	36.497	36.497	146.103	20.585	92.193	28.076,58	359.952
Ceuta	9.036	9.036	69.660	3.961	67.786	15.995,90	175.475
Melilla	7.966	7.966	69.266	10.000	66.162	15.524,76	176.885

NOTA: País Vasco y Navarra perciben estas cantidades dentro de sus respectivos cupos.

Las cotizaciones a la seguridad social se destinan para desempleo, incapacidad y pensiones.

La evolución a lo largo de los años de los porcentajes de financiación correspondientes a la Administración Central, la Comunidad Autónoma y la seguridad social se reflejan en la figura 68.

Figura 68: Porcentajes de financiación e la sanidad a lo largo de los años

Año	Adm. Central/CCAA/SegSocial (%/%/%)
1995	75/8/18
2002	40/50/8
2003	16/78/8

Trabajador por cuenta ajena:

Las cotizaciones a la seguridad social en España se fijan anualmente, en los presupuestos generales del Estado y para el año 2008 el techo de cotización era de 3074,10 € mensuales y el suelo de cotización, el Salario Mínimo Interprofesional^{LXXXII}. El 23,60% es asumido por el empresario y el 4,7% por el trabajador, 28,60% en total, si se trata del régimen común. Las horas extraordinarias cotizan aparte.

En caso de accidente laboral^{LXXXIII}, el empresario asume el 25% de la nómina y las cotizaciones. El 75% corre a cargo de la mutua o del INSS.

Si se trata de una baja por enfermedad común o accidente no laboral, el empresario paga durante 15 días el 100% del sueldo bruto y a partir de entonces hasta el día 21 el 40% y a partir de ese momento el 25% solamente.

En caso de maternidad, la seguridad social asume el 100%.

El máximo tiempo de baja permitida es un año, prorrogable por otros 6 meses.

Estas cifras no varían sustancialmente de las cantidades destinadas a la GKV o SEE en Alemania, si bien los fines son diferentes.

^{LXXXII} Real Decreto 1763/07, de 28 de diciembre por el que se establece el salario mínimo interprofesional. En 2008 asciende a 600 euros/mes.

^{LXXXIII} Ley General de Seguridad Social. Real Decreto Legislativo 1/1994, 20 de junio.

Trabajadores Autónomos

La base de cotización de los trabajadores que a 1 de enero de 2008 tengan edad inferior a cincuenta años, será la elegida por ellos dentro de la bases mensuales mínima (817,20 €) y máxima (3.074,10 €).

Mayores de 50 años se rigen por límites comprendidos entre 859,50 € y 1.601,40 € mensuales, salvo que se trate del cónyuge supérstite del titular del negocio, al fallecimiento de este.

Determinados colectivos (menos de 35 años, minusválidos, autónomas reincorporadas tras la maternidad, residentes en Ceuta y Melilla, y algún otro colectivo tienen bonificaciones en las cuotas a pagar en el Régimen de autónomos.

El proceso descentralizador iniciado en 1981 y culminado en el año 2001 para todas las CCAA españolas, ha supuesto una distribución del gasto público, dentro del cual se incluye el gasto sanitario público, que se refleja en la figura 69:

Figura 69: Distribución territorial del Gasto público en España (en millones de euros)

	1981	1984	1987	1990	1993	1996	1999	2002
CENTRAL	87,3	75,6	72,6	66,2	58,3	58,9	56,2	48,7
REGIONAL	3,0	12,2	14,6	20,5	25,8	26,9	28,2	35,5
LOCAL	9,7	12,1	12,8	13,3	15,9	14,2	15,6	15,8

Fuente: Ministerio de Administración Pública (año 1997 para 1981-1990 y año 2002 para 1993-2002) (no incluye las pensiones con cargo a la seguridad social).

Los incrementos destacados regionales durante 1999 a 2002 se deben a la transferencia de educación y sanidad a *todas* las CCAA.

Hasta 1994, se aplicaba para cada CCAA el coeficiente exacto de gasto sobre el total que con anterioridad realizaba el Insalud. El Insalud no trabajaba con presupuestos cerrados y el margen de financiación era ciertamente laxo, siempre al alza, con ampliaciones de créditos cedidos acordados siempre en el estricto ámbito de las entidades gestoras de la seguridad social y el Ministerio de Hacienda. Se tardó años en adaptar el gasto a la nueva universalización, a la nueva atención primaria y a la demanda real.

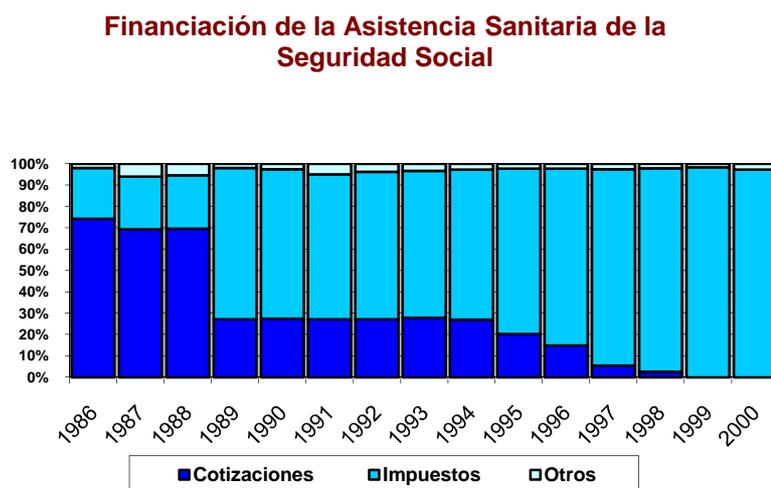
A partir de 1994 se introdujo el criterio de *población protegida* (conforme al censo de 1991) para el reparto del presupuesto global, corrigiéndose la aplicación mecánica del porcentaje de gasto realizado por el Insalud. Este sistema introdujo unos presupuestos cerrados, generalmente vinculados al aumento del PIB, y los créditos extraordinarios eran mucho más difíciles de conseguir y debían ser sometidos a votación en las Cortes.

A su vez se introdujo en ese año un fondo de compensación para desplazados (10.000 millones de pesetas en el primer años, y 15.000 millones de pesetas para 1995 y 1996. A partir de 1997 se realizaron más ajustes, con la creación de unos subfondos, todo ello con una proyección hasta 2001, año en el que se culminaron las transferencias a todas las CCAA. A su vez se otorgó un generoso paquete, sin contraprestación alguna, para la liquidación de todas las deudas pendientes de las diferentes CCAA, incluidas las que ya recibieron las transferencias antes del 2001. En 2002 se remató esta operación y con la 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 y con la Ley 22/2001, de 27 de diciembre, reguladora de los Fondos de Compensación Interterritorial. Todas las CCAA quedaban a cero en el capítulo de adeudos, incluso algunas recibieron más de lo solicitado inicialmente. Castilla y León solicitó 1.803 millones de euros y recibió 1.953 millones de euros^{LXXXIV}.

En la figura 70 se aprecia las fuentes de financiación de la sanidad en España en las últimas dos décadas.

Figura 70: Fuentes de financiación de la asistencia sanitaria de la seguridad social en España⁷⁷.



Se aprecia que paulatinamente en España la financiación vía impuestos ha ido ganando peso en las últimas décadas, si bien con las transferencias de competencias en materia sanitaria a las CCAA, cada una tiene libertad de escoger el modelo.

^{LXXXIV} Diario Médico, 27 de diciembre 2004

El bloque de competencias de gestión de los servicios sanitarios de la Seguridad Social, con la restricción inicial de la liquidación del INSALUD de 1999, se distribuye entre las Comunidades Autónomas en función de:

- la población protegida en las mismas (75%)
- la población mayor de 65 años (24,5%)
- la insularidad (0,5%).

Se introdujo una garantía de mínimos que aseguraba a cada CCAA que la financiación fuera, al menos igual, a la resultante de la liquidación definitiva de 1999. Se crearon, además, dos fondos específicos:

- Fondo del Programa de Ahorro de Incapacidad temporal (1 para cada CCAA)
- Fondo de Cohesión Sanitaria (se presupuesta anualmente con los presupuestos generales del Estado y se distribuye en función de la variable "población protegida"; (la cuantía disponible del fondo es de unos 99,09 millones de euros)
- Fondo de Atención a Desplazados.

Para cuantificar las necesidades derivadas de la gestión de los servicios sociales se parte de la liquidación definitiva del gasto en servicios sociales en 1999, considerada como la restricción inicial, repartiéndose entre las Comunidades Autónomas según proporción de población mayor de 65 años.

Se completa el sistema con las Asignaciones de Nivelación para la Educación y Sanidad, que garantizan un nivel mínimo en la prestación de

servicios públicos fundamentales –educación y sanidad- en todo el territorio español. A tal efecto, se fijan los siguientes parámetros:

- En materia de educación, número de alumnos de enseñanza obligatoria de la Comunidad Autónoma respecto al total nacional.
- En materia de sanidad, población protegida de la Comunidad Autónoma respecto al total nacional.

En cuanto al gasto sanitario⁷⁸ en 1970 ascendía a un 7%, en 1982 al 7,24% del PIB y la cobertura asistencial creció en el mismo intervalo del 81% al 84,5%, siendo en 1995 casi el 100%.

La relación entre el sector público y privado respecto a financiadores y prestadores de servicio⁷⁹, se refleja en la figura 71:

Figura 71: Combinaciones mixtas entre el sector público y privado de las funciones de financiación y producción

<i>OPCIONES</i>	<i>EJEMPLOS</i>
-Financiación pública + producción pública	Servicio Nacional de Salud
-Financiación privada + producción privada	Atención bucodental
-Financiación pública + producción privada	Entidades colaboradoras con el SNS, mutuas patronales de accidentes de trabajo
-Financiación privada + producción pública	Atención en el SNS a pacientes de entidades de los seguros privados.

Los responsables de los servicios sanitarios deben buscar financiación adicional, lo que es muy difícil en un marco de control presupuestario estricto como el vigente en España. Al no obtener nuevos fondos públicos, deben buscar financiación privada. Siempre con una condición: que no compute como deuda, dado que el incremento de ésta no está permitido por los criterios de estabilidad presupuestaria. Las soluciones inventadas por la iniciativa privada permiten sortear estos obstáculos y diluir el coste de una nueva inversión en un plazo muy dilatado de tiempo. Ejemplos de lo anterior son el modelo de las llamadas PFI (iniciativa de financiación privada), aunque otras fórmulas entran parcialmente en este marco (fundaciones, reaseguro, consorcios).

Siguiendo a JJ Relaño, la titularidad de los financiadores y los destinos del gasto en materia sanitaria, se reflejan en la figura 72:

Figura 72: Financiación del SNS por sectores

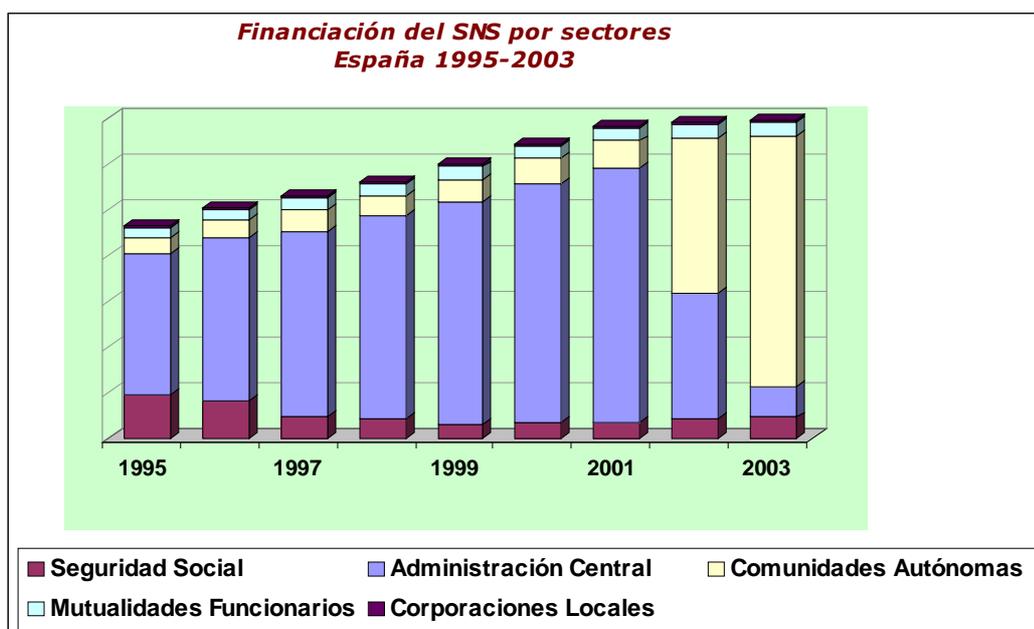
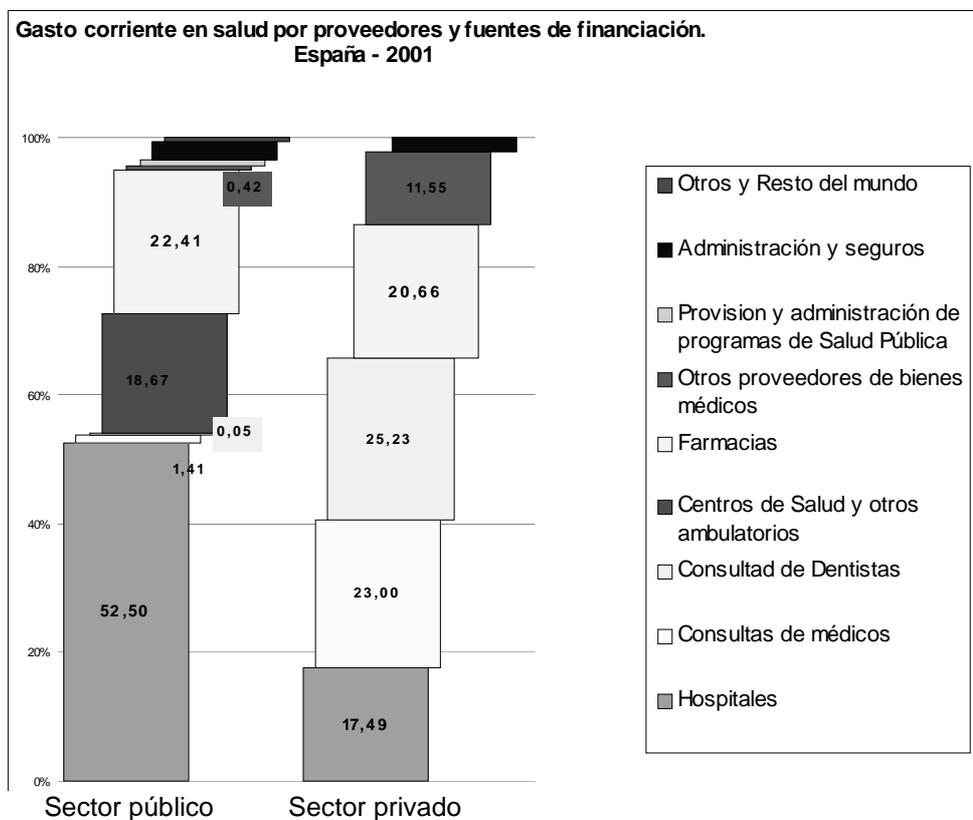


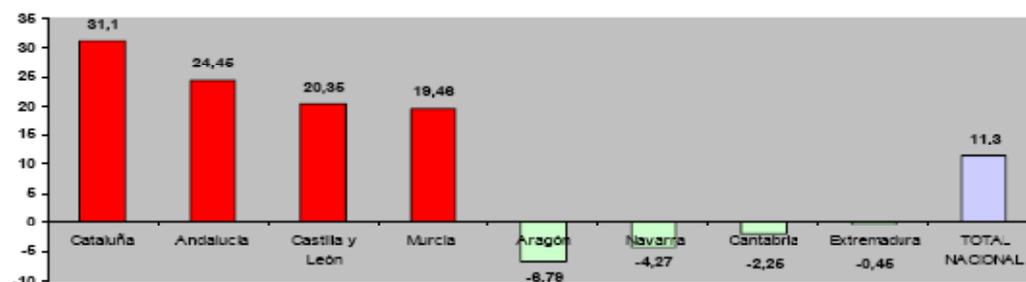
Figura 73:Gasto corriente en salud por proveedores y fuentes de financiación. España 2001



A partir del año 2002 Castilla y León autofinancia en gran parte su sanidad.

Castilla León ha sido de las CCAA que más han invertido en Sanidad en la última década⁸⁰.

Figura 74: Tasa anual media 99/03 esfuerzo inversor CCAA



En enero de 2002 ha entrado en vigor el nuevo sistema de financiación autonómica general^{LXXXV} (en julio 2009 se aprobó la última reforma). El nuevo acuerdo tras las transferencias en 2002, y respecto al subsistema de financiación de la sanidad, ha alterado el criterio tradicional de distribución de recursos, introduciendo una fórmula de distribución por CCAA en la que la población protegida pondera un 75%, la población mayor de 65 años un 24,5% y la insularidad un 0,5%.

El Consejero de Sanidad de Castilla y León a fecha de 13 de septiembre 2008, Francisco Javier Álvarez Guisasola, reflejaba que los pacientes no censados (desplazados e ilegales) generaban 17 millones de euros de gasto farmacéutico, y reclamaba en el reparto de la financiación un 25%, medio punto más respecto a la cuota actual, a la vez que la dispersión geográfica y las condiciones orográficas computen un 20%⁸¹.

Los políticos populares exigían un “fondo de cohesión sanitaria”, que tenga en cuenta el incremento de la población (inmigrante sobre todo), envejecimiento de la población y dispersión geográfica, y el impacto de la

^{LXXXV} Ley 21/2001, de 27 de diciembre, sobre Medidas Fiscales y Administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas y Ciudades con régimen de autonomía.

reciente Ley de dependencia. Incluso han propuesto un segundo tramo de financiación a partir de los 75 años^{LXXXVI}. A su vez destacan el impacto de la reciente Ley de dependencia y estiman aumentar la cuantía del fondo hasta 500 millones de euros^{LXXXVII}.

En julio de 2009 se ha aprobado finalmente el nuevo modelo de financiación, en el que cada CA recibe más dinero que en el acuerdo anterior.

El nuevo fondo para la cohesión sanitaria^{LXXXVIII}, derivado del nuevo modelo de financiación sanitario y será gestionado directamente por el Ministerio de Sanidad, y aún no está dotado presupuestariamente. Una de sus finalidades será garantizar la igualdad de oportunidades y acceso al servicio público sanitario de todos los ciudadanos españoles, independientemente de su CA de residencia.

Castilla y León goza de una buena salud financiera en términos relativos, dado que el perfil demandante del usuario no es de los menos favorables y la población a atender no es tan cuantiosa en comparación con otras CCAA con más población y mayor crecimiento de población.

Las referencias en la LGS sobre la *financiación* aparece en varios artículos de forma incompleta, donde únicamente se establece que los

^{LXXXVI} Reunión del Consejo Regional de Salud de Castilla y León; Valladolid, 30 de mayo de 2005

^{LXXXVII} La Ley 22/2001 de 27 de diciembre, reguladora de los Fondos de Compensación Interterritorial establece en su punto 3: La distribución del Fondo de Compensación a las Comunidades Autónomas receptoras del mismo se efectuará de acuerdo con los siguientes porcentajes: El 87,5 % del mismo de forma directamente proporcional a la población relativa. El 1,6 % de forma directamente proporcional al saldo migratorio. El 1% de forma directamente proporcional al paro, según se define en el artículo siguiente. El 3 % de forma directamente proporcional a la superficie de cada territorio. El 6,9 % de forma directamente proporcional a la dispersión de la población en el territorio, en la forma indicada en el artículo siguiente.

^{LXXXVIII} Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria

“...poderes públicos orientarán sus políticas de gasto sanitario en orden a corregir desigualdades...” (Art.12 de la LGS) o que *“... la financiación de las obligaciones derivadas de esta Ley se realizará mediante recursos de las Administraciones públicas, cotizaciones y tasas por la prestación de determinados servicios.”* (Art. 46 d.). Menciona, de forma poco concreta, la corrección de la financiación de los *“sin derecho a la asistencia de los servicios...”* (que no especifica quienes son) en forma de *“consideración de pacientes privados...”* (Art. 16) y *“...facturación de estos pacientes por las respectivas Administraciones de los centros...”* (que no siempre se realiza, por falta de personal y/o experiencia de éste y, sobre todo, por la total falta de recursos que muchos inmigrantes tienen). A los “sin recursos” se les financia a cargo de las transferencias estatales (Art. 80 de la LGS), si bien no se especifica la forma de computar las cuantías para tal fin.

La conferencia de Presidentes en 2004 decidió el reparto de cantidades a las CCAA para compensar la carga económica que supone el turismo.

Atención primaria y especializada

La presupuestación y dotación con recursos materiales y humanos de los centros sanitarios públicos está centralizada en los órganos centrales del servicio de salud de cada CCAA, al igual que las retribuciones de los profesionales, y se realiza en función de las cartillas asignadas por centro. Existen incentivos si se cumplen ciertos objetivos, como tasa de prescripción de genéricos, cumplimentación de programas de prevención, etc.

En Castilla y León el servicio de salud público es el SACYL, heredero castellano leonés del INSALUD.

La financiación de la Atención Especializada (hospitales públicos) se produce según presupuestos prospectivos (de acuerdo al ejercicio anterior).

Hay voces crecientes sobre la necesidad de introducir modelos de autogestión, como está sucediendo en Cataluña sobre todo, para así mejorar la calidad de los servicios, acercarlos más al ciudadano y “desarrollar los valores de la profesión”^{LXXXIX}.

Por ejemplo, en Bélgica, Francia y Alemania se está potenciando el modelo de médico de cabecera como “filtro”, y los especialistas han empezado a cobrar desde 2004 más por acto si el paciente viene derivado desde el médico general (lo que crea un “filtro” funcional, por presión del especialista sobre el paciente, para que lo derive el médico general).

La función de “filtro” pretende adecuar la intensidad de atención a la gravedad y/o rareza del proceso de enfermedad. Así, a través del filtro, los recursos tecnológicos se reservan para quienes probablemente los necesitan, y se evita el uso innecesario de los mismos por quienes no los necesitan (se evita el despilfarro económico, y el daño a la salud que provoca su uso indebido: prevención *cuaternaria*). El objetivo es prestar servicios de "máxima calidad, mínima cantidad, con tecnología apropiada, tan cerca del domicilio del paciente como sea posible".

^{LXXXIX} Antonio Otero, vicepresidente de la SEMERGEN, Diario Médico 17/10/2008

En atención especializada no se ha producido un cambio tan significativo. La reforma hospitalaria se había llevado a cabo antes, en los años 60 y 70.

Sin embargo, hay en las últimas décadas una orientación hacia los hospitales de menor tamaño (500 camas). A su vez hay un cambio en la organización y concepto de hospital: más abierto, más flexible, con un mayor énfasis en la actividad de diagnóstico y tratamiento ambulatorio, con disminución de la hospitalización, que a la vez se procura sea más confortable y segura.

Los médicos especialistas que trabajaban en ambulatorios e instituciones “abiertas” y remunerados por el sistema de cupos fueron integrados en los centros hospitalarios de su demarcación adscritos a la Seguridad social, según la Orden Ministerial del 25 de abril de 1984. En el mismo año se transformaron algunas denominaciones de especialidades médicas^{XC} (desagregando algunas).

Dado que la atención especializada en España y Castilla y León se produce a nivel de hospitales, explicaremos la financiación de éstos en el capítulo de financiación de hospitales.

^{XC} Real Decreto 127/1984

4.2.3. Financiación de hospitales

4.2.3.1. Alemania y Baviera

Los *Länder* están obligados mediante la Ley federal de financiación de hospitales (*Krankenhausfinanzierungsgesetz, KHG*) de configurar una planificación de hospitales^{XCI}. El criterio que se sigue es la necesidad de asistencia de la población dentro de unos parámetros de eficiencia y de calidad. La Ley de Financiación de hospitales, que nació en 1972 y se modificó en 1991 y en 2005, aplica ampliamente criterios de contabilidad empresarial en su gestión y en su sostenibilidad.

En Baviera todos los hospitales de Baviera están adscritos a la sociedad bávara de hospitales (*Bayerische Krankenhausgesellschaft, BKG*) y la planificación de los mismos se rige por la Ley de Financiación de hospitales del Land Bayern (*Bayrisches Krankenhausfinanzierungsgesetzes, BayKrG*), que a su vez está sometida a la Ley Federal de Financiación de Hospitales^{XCII} (*Krankenhausfinanzierungsgesetz, KHG*). No tiene aplicación en los hospitales de entidad federal, los policiales ni otros públicos dependientes del seguro de pensiones o de accidentes.

La financiación de hospitales era libre hasta el año 1936. Desde ese año hasta 1972, la financiación era “monística”, es decir, sufragada por un único canal, léase las cajas aseguradoras de enfermedad (KK), que destinaban

^{XCI} La ley de financiación de hospitales de Alemania (KHG) nació en 1972, se modificó en 1991 y en 2005, y rige el sistema de restitución de gastos causados por los servicios hospitalarios de acuerdo al modelo DRG (GRD) y que es articulado por el Instituto de sistema de reembolso para hospitales (InEK, Sociedad Anónima), creado en 2001.

^{XCII} No tiene aplicación en los hospitales de entidad federal, los policiales ni otros públicos dependientes del seguro de pensiones o de accidentes.

una parte de las aportaciones que recibe de sus miembros al pago de *inversiones* (en infraestructuras, reformas) y de *consumos* (honorarios del personal, material fungible, farmacia, gastos de administración, etc.).

Con la Ley KHG la financiación se hizo „dual“, los costes corrientes eran sufragados por las KK y las inversiones por los *Länder*. Los hospitales psiquiátricos y muchos de rehabilitación seguían financiándose con el modelo monístico.

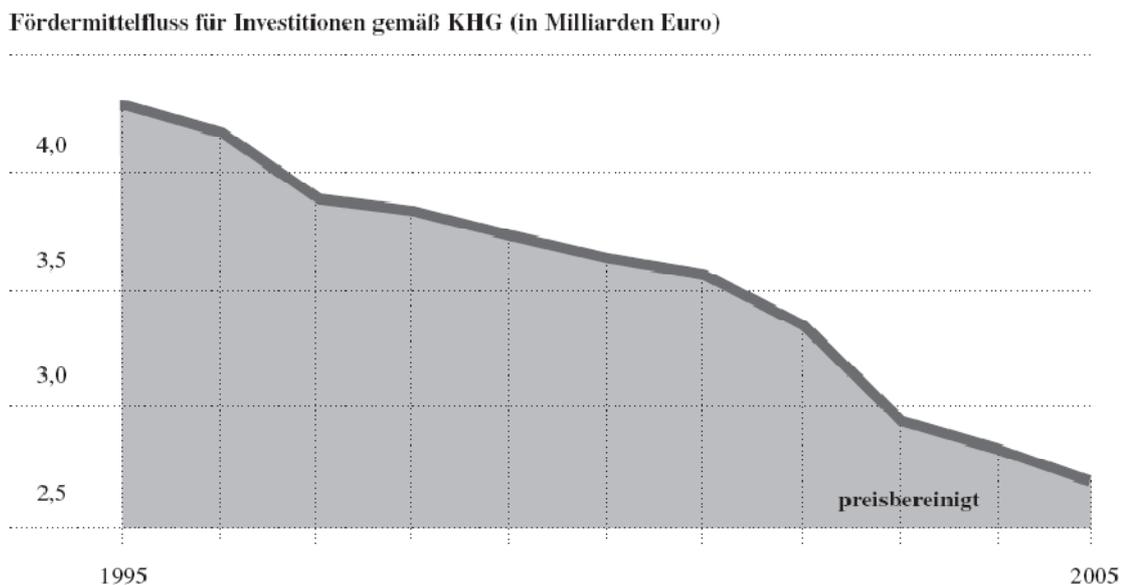
Financiación „trial“: la anterior más los titulares de los hospitales (sociedades sin ánimos de lucro, Sociedades Anónimas, bancos, etc.)

La subvención pública para inversión ha ido perdiendo peso a lo largo de los años (figura 75), en parte debido a la progresiva reducción de camas hospitalarias. En el año 1991 había 665.565 y en 2005, 523.824 camas hospitalarias.

Los hospitales públicos se financian con partidas presupuestos globales que se fijan cada año mediante negociaciones entre los representantes de proveedores y las cajas de enfermedad, que fijan los precios por estancias y tipo de servicios (médicos, pediátricos, psiquiátricos, etc). Los presupuestos para la financiación son hasta ahora cerrados.

Se debate en la actualidad un nuevo modelo de financiación hospitalaria para el año 2009 (Ley Marco de Financiación de Hospitales, *Krankenhausfinanzierungsgesetz, KHRG*).

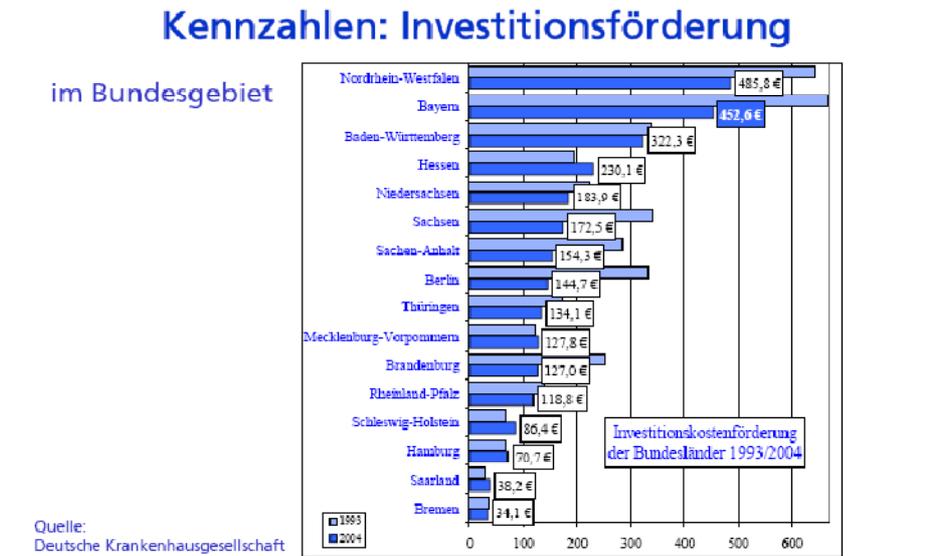
Figura 75: Subvenciones para inversiones según la Ley KHG en Alemania (en miles de millones de euros)



Desde que comenzaron a subvencionarse los hospitales en los años 70, se han elaborado 980 proyectos de creación o reestructuración de hospitales en Baviera.

Baviera es el segundo *Land* de Alemania que más gasta en infraestructura hospitalaria por habitante, unos 35 €, ocupando el segundo lugar de Alemania, tras *Hessen*, que gasta 47 euros/habitante en infraestructura. El promedio alemán son 31 €/habitante.

Figura 76: Fomento de la inversión. Año 1993 y 2004. Datos comparativos de los Länder alemanes:

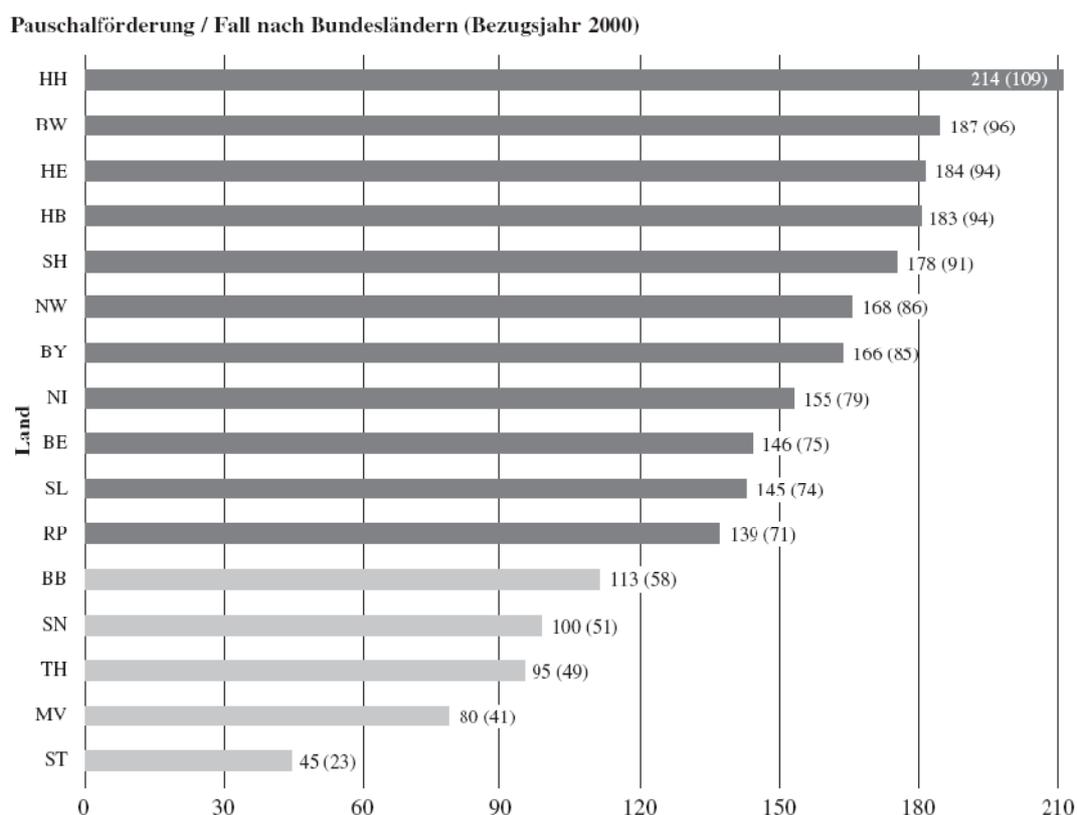


Fuente: Sociedad alemana de hospitales (KHG).

Baviera es el segundo *Land* en importancia de inversión en estructuras sanitarias en los últimos lustros.

Las subvenciones se calculan en función de una cantidad fija/casuística. Las diferencias inter-*Länder* son considerables (figura 77). Baviera se encuentra algo por encima del percentil 50.

Figura 77: Subvención general/casuística por *Länder*. Año 2000.



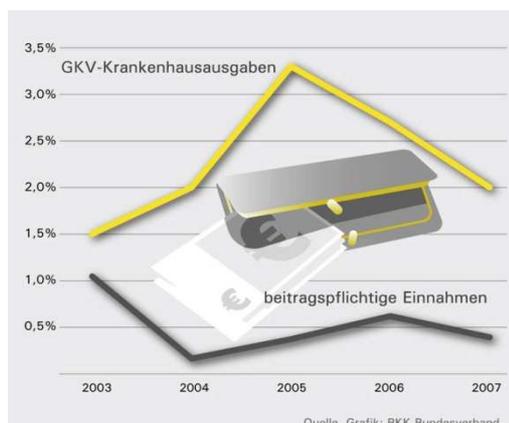
Legenda: BY = Baviera. Valor en marcos alemanes (entre paréntesis en €)

El 01 de enero de 1993 fue suprimido el principio de cobertura de los costes hospitalarios y en su lugar se introdujo un sistema de retribuciones y pagos acordes al rendimiento. En 2003 se puso en práctica un sistema de pagos globales (*Pauschale*) para todas las prestaciones hospitalarias. En una primera fase (hasta el 1.1.2003) los hospitales pudieron negociar libremente las tarifas para cada prestación. Guiándose en un principio por el catálogo australiano se elaboró una tabla propia de cuotas globales por proceso (D-GRD). La aplicación de este catálogo, que abarca 867 procesos, es obligatoria desde comienzos de 2004.

A partir del 1 de enero de 2004 se introdujo, de forma obligatoria, un sistema mixto para la financiación de la asistencia hospitalaria. El 75 % corresponde a un importe por día y el 25 % a un sistema complejo de prestaciones según grupos relacionados de diagnósticos, GRD (DRG – Diagnosis Related Groups). Este sistema ya se está aplicando con gran éxito en otros países europeos. Mientras que en el año 2003 los hospitales eran libres de aplicar las prestaciones DRG, a partir del año 2004 la aplicación pasa a ser obligatoria con la única excepción de los centros psiquiátricos que seguirán percibiendo una tasa global por día. En un principio se calculaba sólo para el 25% del total de costes, con sucesivos incrementos a lo largo de los años.

Con la introducción de los GDR (grupos de diagnósticos relacionados) los gastos hospitalarios se han contenido algo, aunque nunca han sido compensados por los discretos incrementos de los ingresos en base a los aumentos de los porcentajes de cotizaciones (Figura 78).

Figura 78: Evolución de los gastos hospitalarios según GRD en relación con los ingresos por cotizaciones



Fuente: Asociación federal de la BKK (cajas de seguros empresariales)⁸³. Leyenda: curva superior en amarillo claro: variación de gastos hospitalarios según GRD. Curva inferior en azul oscuro: ingresos por cotizaciones

Mientras el crecimiento anual de costes en hospitales era del 2 al 3,3 %, los ingresos por cotizaciones no superaban el 0,2 a 0,6%.

El programa de construcción de hospitales del año 2008 (*Jahreskrankenhausbauprogramm 2008*) elaborado por Ministerio Bávaro de Trabajo y Bienestar Social, la Familia y la Mujer (STMAS) y el Ministerio Bávaro de Finanzas prevé unas 103 proyectos de construcción/reestructuración de hospitales. Para el año 2011 se añaden otros 25 proyectos⁸⁶.

El número de camas necesario es calculado por los *Länder*, mientras que el número de personal es negociado entre las entidades y las cajas de enfermedad, aunque con el permiso de los *Länder*.

Los servicios quirúrgicos se rigen básicamente por el cálculo según GRDs diagnósticos y de procedimiento. Los pagos se realizan mensualmente por las diferentes cajas de enfermedad a las que pertenecen los pacientes hospitalizados.

El instituto para el sistema de reembolso en hospitales (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, InEK) calcula anualmente los DRG para el catálogo de prestaciones hospitalarias alemán (German Diagnostic Related Groups, G-DRG) basándose en los diagnósticos de la CIE-10 y en la ley de financiación de hospitales^{XCIII}.

Una vez alcanzado el límite presupuestario fijado, las cajas dejan de pagar más a los proveedores, al menos *de jure*. *De facto*, si el hospital ha

^{XCIII} KHG § 17b

gastado más de lo pactado como máximo, debe devolver a las cajas: un 50% de lo percibido para transplantes, un 75% de los gastos por honorarios por caso y procedimientos y un 85 a 90% de pagos por estancia. En otras palabras, lo gastado por encima del tope establecido será reembolsado únicamente en un 50%, 25%, 10 a 15%, respectivamente. Si, por el contrario, el hospital consume menos del límite superior, recibe un 40% de la diferencia como compensación a su “eficiente” gestión⁸⁷.

El ajuste entre las diferentes cajas es realizado por éstas mediante prorrateo.

La base del cálculo del presupuesto ha sido el gasto histórico del año previo y un ajuste por eventuales innovaciones, los costes de la casuística media (se usa el modelo de GRD australiano adaptado a Alemania) y de repuntes de determinadas enfermedades o nuevos tratamientos caros.

La definición del coste y el cálculo de los puntos asignables a cada caso y a cada procedimiento para el posterior reembolso son calculados por el Ministerio Federal de Sanidad, mientras que el factor de conversión monetario es calculado por los *Länder*.

A partir de 1997 la responsabilidad de mantener y ampliar el catálogo de costes por GRD fue transferida a los gremios negociadores entre cajas y hospitales.

El copago por parte de los pacientes supone una parte menor a la sufragación de gastos y tiene más interés disuasorio que económico.

Los hospitales privados son remunerados por servicio prestado, cuyo precio se ajusta a la Norma Oficial Tarifaria (GOÄ).

4.2.3.2. España y Castilla y León

Actualmente la financiación de hospitales se produce por el contrato programa que configura el SACYL, que se basa en el volumen de negocio del ejercicio del año anterior. El gasto crece del orden un 2% anual.

La utilización de los GRD como instrumento de cálculo de costes aún no se ha utilizado en todos los centros para realizar la presupuestación, tal como ocurre en Alemania de forma obligatoria desde 2004 y en también en otros países.

La fórmula de pago incentivado según el sistema australiano de DRG, puede generar problemas de discriminación. Un hospital universitario o de cuarto nivel será más caro y menos eficiente que uno de menor nivel o uno privado, que puede seleccionar los casos “menos caros”. Por otra parte hospitales que funcionen con procedimientos estandarizados serán más eficientes, y dado que el sistema DRG está muy enfocado en procedimientos quirúrgicos, las clínicas de especialidades puramente médicas estarán en desventaja.

4.3. RECURSOS MATERIALES

4.3.1. Alemania y Baviera

Alemania

Los proveedores en Alemania se dividen en:

- hospitales con personal asalariado (los jefes de servicio, aparte de su sueldo, pueden atender a pacientes privados dentro del hospital).

- consultas privadas y concertadas (*Praxis*) de médicos autónomos, ya sean de atención primaria (de familia) o de otras especialidades. Estas consultas tienen concertos con las cajas de enfermedad (*Krankenkassen, KK*), ya sean cajas públicas del seguro estatutario de enfermedad (SEE) o privadas del seguro privado de enfermedad (SPE)^{XCIV}. Los médicos de estas consultas pueden, a su vez, atender y facturar a pacientes privados.

- centros para enfermos crónicos, de cuidados continuados y de rehabilitación y geriátricos, con personal asalariado o autónomos.

Una de las mayores diferencias entre los países se aprecia en la dotación de camas hospitalarias. El número de camas/ 1000 habitantes clásicamente era menor en países del sistema "Beveridge", como Reino Unido (4,3), Italia (5,2), España (3,6), que en los del tipo "Bismarck", como Francia (7,5) y Alemania (8,3). Estas cifras corresponden a los años noventa del siglo

^{XCIV} La pertenencia a una caja pública o privada depende del nivel de ingresos. Por debajo de 4012,50 euros brutos mensuales, el usuario está obligado a pertenecer a una caja pública. Por encima de estos ingresos puede escoger.

pasado y desde entonces y la tendencia es hacia una disminución de hospitales de agudos y por ende, también de camas, por lo que la cifra relativa actual de camas en Alemania es de 6,2 camas/1000 habitantes (disminución de un 30% en los últimos 10 años). Según Eurostat (2004) entre 1980 a 2000 la dotación de camas había caído un 30 % en todos los Estados miembros, y la tendencia continúa^{XCV}.

Figura 79: Evolución del número de camas/1000 habitantes entre España y Alemania

Número de camas/1000 habitantes	Año				
	1960	1974	1999	2005	2007
España	4,34	4,65	--	3,57	3,59
Castilla y León	--	4,77	--	3,77	3,97
Alemania	10,5	11,26	9,4	6,35	6,2
Baviera	11	11,89	6,9	6,4	6,1

Se observa en la figura 79 que a lo largo de los años el número relativo de camas hospitalarias ha ido aumentando y el de camas disminuyendo. Alemania supera a España en camas hospitalarias hasta hoy, pero en médicos/nº de habitantes, España comenzó a superar a Alemania a partir de los años noventa.

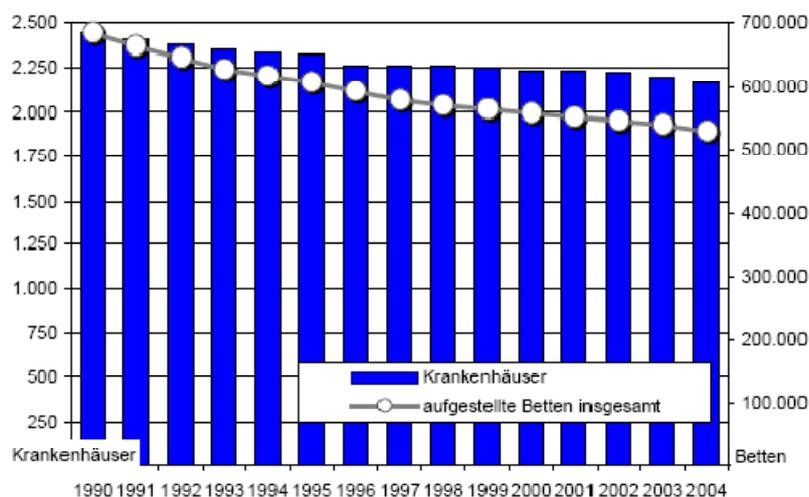
Hay en las últimas décadas una orientación hacia los hospitales de menor tamaño (500 camas). A su vez hay un cambio en la organización y concepto de hospital: más abierto, más flexible, con un mayor énfasis en la

^{XCV} Fuente: Eurostat 2004.

actividad de diagnóstico y tratamiento ambulatorio, con disminución de la hospitalización, que a la vez se procura sea más confortable y segura. El incremento de la población, sobre todo debido a la inmigración joven (sana), y la tendencia de los últimos años a la “ambulatorización” de servicios, tienen como consecuencia este descenso del número de camas / habitante.

En la figura 80 se aprecia la evolución del número de hospitales y de camas en Alemania.

Figura 80: Número de hospitales (columnas y eje izquierdo) y camas (línea con puntos y eje de ordenadas derecho) en Alemania desde 1990 hasta 2004



En 2006 había en Alemania unos 2104 hospitales, con 510.767 camas. En 2005 había 2139 hospitales, 35 más (+1,67%), y casi 13.000 camas más (+2,54%). Aparte existen más de 1.200 clínicas de rehabilitación y de cuidados crónicos.

Figura 81: Evolución del nº camas/habitantes, casuística, estancias e índice de ocupación en Alemania desde 1991 hasta 2006

AÑO	HOSPITA LES TOTAL	CAMAS TOTAL	CAMAS /100.000 HABITAN TES	CASUISTICA TOTAL	CASUISTICA /100.000 HABITANTES	ESTANCI AS TOTAL	ESTANCIA MEDIA	INDICE DE OCUPA CIÓN
1991	2.411	665.565	832	14.576.613	18.224	204.204	14	84,1
1992	2.381	646.995	803	14.974.845	18.581	198.769	13,2	83,9
1993	2.354	628.658	774	15.191.174	18.713	190.741	12,5	83,1
1994	2.337	618.176	759	15.497.702	19.034	186.049	11,9	82,5
1995	2.325	609.123	746	15.931.168	19.509	182.627	11,4	82,1
1996	2.269	593.743	725	16.165.019	19.739	175.247	10,8	80,6
1997	2.258	580.425	707	16.429.031	20.023	171.837	10,4	81,1
1998	2.263	571.629	697	16.847.477	20.538	171.802	10,1	82,3
1999	2.252	565.268	689	17.092.707	20.823	169.696	9,9	82,2
2000	2.242	559.651	681	17.262.929	21.004	167.789	9,7	81,9
2001	2.240	552.680	671	17.325.083	21.041	163.536	9,4	81,1
2002	2.221	547.284	664	17.432.272	21.135	159.937	9,2	80,1
2003	2.197	541.901	657	17.295.910	20.960	153.518	8,9	77,6
2004	2.166	531.333	644	16.801.649	20.365	146.746	8,7	75,5
2005	2.139	523.824	635	16.539.398	20.056	143.244	8,7	74,9
2006	2.104	510.767	620	16.832.883	20.437	142.251	8,5	76,3

Fuente: Instituto federal de estadística de Alemania (Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6 Fecha: 1.1.2006)

En la figura 81 se aprecia un descenso progresivo de la estancia media, así como del índice de ocupación, pero un aumento de la casuística hasta el año 2002, año a partir del cual ésta se mantiene numéricamente estable.

Los mayores de 65 años suponen en Europa más del 16 % de la población y son los principales usuarios del sistema, porque son quienes más lo necesitan (junto con mujeres parturientas). Esta distribución es similar en

todos los países europeos: En España suponen el 15,8 %, en el Reino Unido el 15,6, en Italia el 16,8, en Alemania el 15,4 y en Francia el 15,6 %. Se puede decir que existe un patrón *demográfico-evolutivo* europeo común.

Ya en 2002, una de cada dos camas la ocupaban mayores de 65 años. Los mayores de 65 años generan el 47 % del gasto de asistencia hospitalaria, el 48,5 % del farmacéutico y el 30 % de Atención Primaria. El sistema actual se concibió en los años 60 para atender a unos pacientes (adultos con enfermedad aguda) diferentes de los que hoy prevalecen en nuestra sociedad (ancianos con problemas crónicos)⁸⁸.

En cuanto a la titularidad de los hospitales alemanes, los centros se distribuyen en centros públicos (35%), centros sin ánimo de lucro (38,2%) y centros privados con ánimo de lucro (26,6%).

La media de camas por centro hospitalario asciende en Alemania a 245.

En resumen observamos disminución de hospitales y de camas, número de casuística variable y disminución de estancia media e índice de ocupación, reflejo de la externalización de servicios y mejor aprovechamiento de recursos.

Baviera

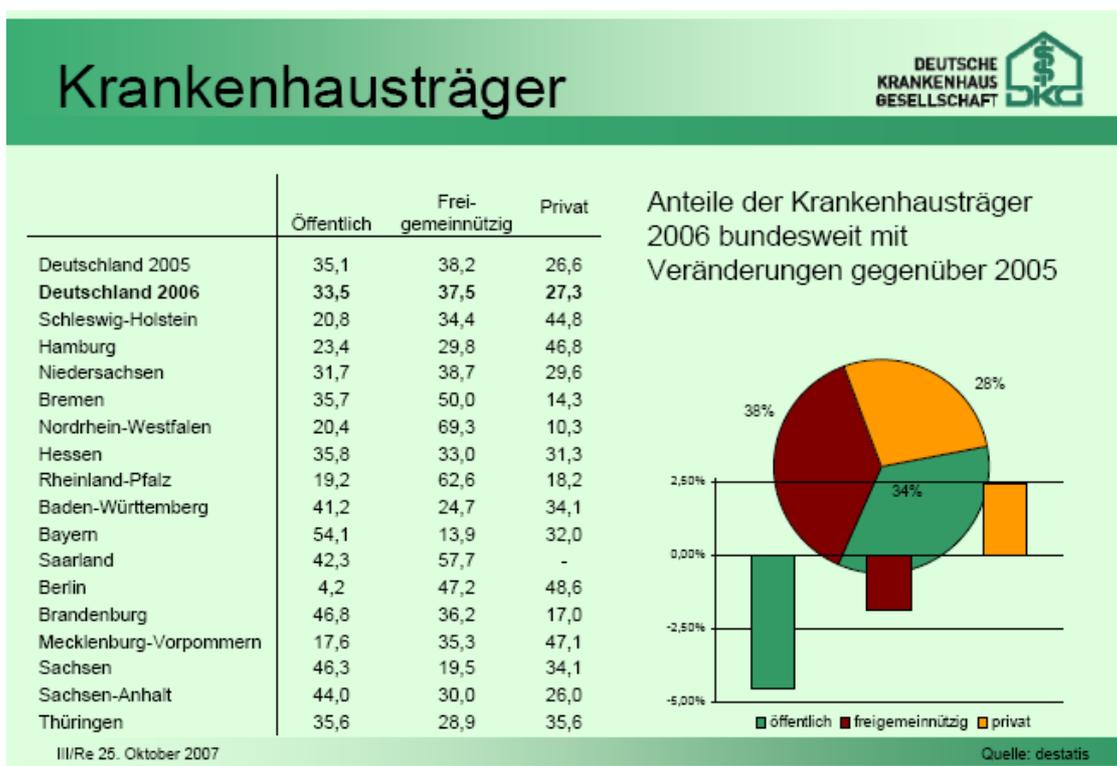
La Sociedad Bávara de Hospitales (*Bayrische Krankenhausgesellschaft, BKG*), fundada en 1950 y con sede en Múnich, es la institución que vela por los intereses públicos de los titulares de los 340 hospitales que actualmente existen en Baviera. Cada *Land* tiene una sociedad de hospitales. El órgano

superior es la Sociedad Alemana de Hospitales, *Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)*, con sede en Berlín.

La mayoría de los hospitales bávaros son públicos (54,1%), siendo este porcentaje el más alto de Alemania. Un 32% son privados y el 13,9% corresponde a entidades privadas sin ánimo de lucro (cifra más baja de Alemania). La titularidad de los hospitales en Baviera y en Alemania está representada en la figura 82, donde se aprecia una tendencia a la privatización. Como consecuencia de la precariedad presupuestaria pública, existen cada vez más hospitales públicos con titularidad privada^{xcvi}.

^{xcvi} Es el caso del Klinikum Ingolstadt, que pertenece al grupo CLINOTEL, el primer consorcio que unifica titularidad privada con “sin ánimo de lucro”; el clínico posee certificación de calidad según norma DIN ISO 9001-2000 en 2008 y es miembro de la Fundación europea EFQM desde 2005).

Figura 82: Titularidad de hospitales en Alemania (Año 2006 y variación respecto a 2005)



Fuente: Sociedad alemana de hospitales (DKG) y Destatis (INE alemán). Leyenda: Deutschland=Alemania. Öffentlich = público (verde, columna izq.). Freigemeinnützig= sin ánimo de lucro (color rojo marrón, columna central); Privat= privado (naranja ocre, columna dcha.). Bayern: Baviera. Las columnas o barras indican la variación frente al año 2005.

En Baviera hay unos 230 titulares en total. El número de hospitales se ha ido reduciendo en los últimos años. En 2006 hubo 381 hospitales. Actualmente existen unos 340 hospitales en Baviera con casi 80.000 camas, siendo el *Bundesland* con más hospitales, detrás de Nordrhein-Westfalia. Hay 23 hospitales con más de 600 camas. El número promedio de camas por 1000 habitantes es de 6,41. La distribución por regiones es bastante homogénea dentro de Baviera (Figura 83).

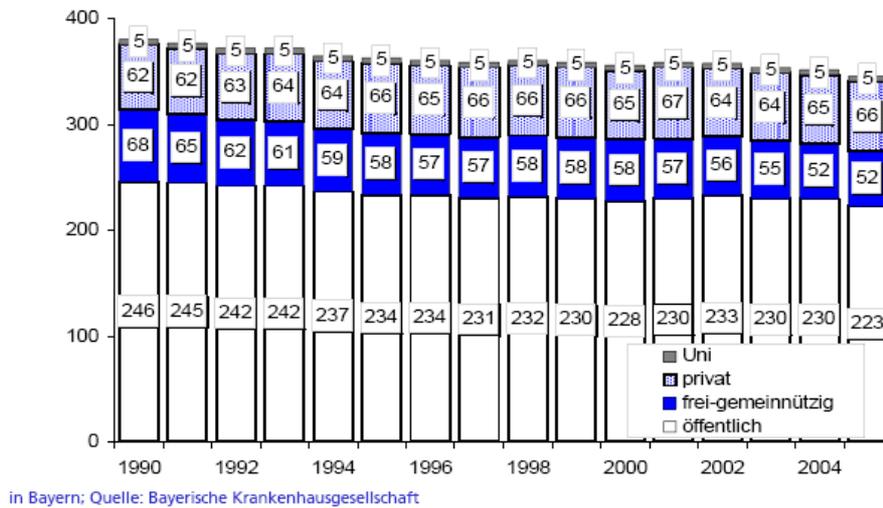
Figura 83: Indicadores de estructura: dotación de camas y centros por regiones de Baviera.

Zonas administrativas	Unterfranken (Baja Franconia)	Oberfranken (Alta Franconia)	Mittelfranken (Franconia central)	Oberpfalz (Alto Palatinado)	Schwaben (Suabia)	Oberbayern (Alta Baviera)	Niederbayern (Baja Baviera)	TOTAL BAYERN (BAVIERA)
Hospitales, (año 2006)	47	27	45 (13 en Nuremberg)	40	60	148 (46 en Múnich)	40	407 (19,3% respecto a Alemania)
Camas hospitalarias	8.218	6.582	10.261	7.097	9.650	27.164	6.943	75.915 (14,8% respecto a Alemania)
Camas /1000habitantes	6.1	6.0	6.0 (6,7 en Nuremberg) Erlangen: 19,9 (líder)	6.5	5.4	6.3 (9.1 en Múnich)	5.8	6.1
Centros de prevención y rehabilitación (CPR)	52	24	17	13	86	96	41	329
Camas en CPR	5.525	2.729	916	1.093	8.040	10.973	6.780	36.056
Camas/1000 hab en CPR	3.5	2.3	0.9	1.2	3.3	2.2	4.7	2.5
Residencias Ancianos	147	149	207	144	195	367	135	1.344
Residencias de ancianos/1000 hab > 65 años	0.6	0.7	0.6	0.7	0.6	0.5	0.6	0.6
Plazas disponibles en residencias/1000 hab > 65 años	49	55	63	58	48	49	53	53
Plazas disponibles en residencias con servicios de ciudadanos/1000 hab > 65 años	41	50	50	51	41	37	47	43.5

Los hospitales como entes físicos o de infraestructura son financiados por el *Land*, el Bund (el Estado alemán), el ejército en caso de los hospitales

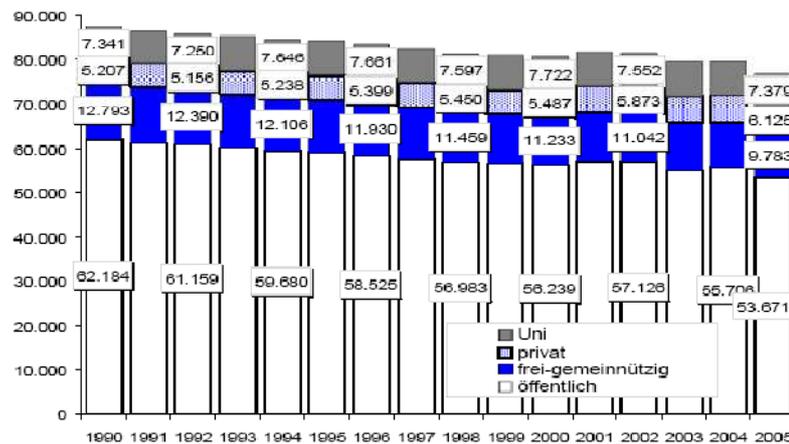
militares, en menor medida por el municipio y crecientemente por las propias KK, que hasta hace poco sólo financiaban la amplia gama de servicios, es decir, las prestaciones.

Figura 84: N° de hospitales en Baviera y su titularidad:



Fuente: Sociedad bávara de hospitales. Leyenda: para el año 2005: Universitarios (5), privado (66), sin ánimo de lucro (52) y público (223). Uni = camas de hospitales universitarios; Privat = privados; frei-gemeinnützig = sin ánimo de lucro; öffentlich = públicos.

Figura 85: N° de camas hospitalarias en Baviera según su titularidad



Fuente: Sociedad bávara de hospitales. Misma Leyenda que Figura 84

Al igual que en Alemania, en Baviera el número de camas privadas ha aumentado en los últimos años en detrimento de las públicas.

Figura 86: Evolución de la estancia hospitalaria media en días (Baviera)

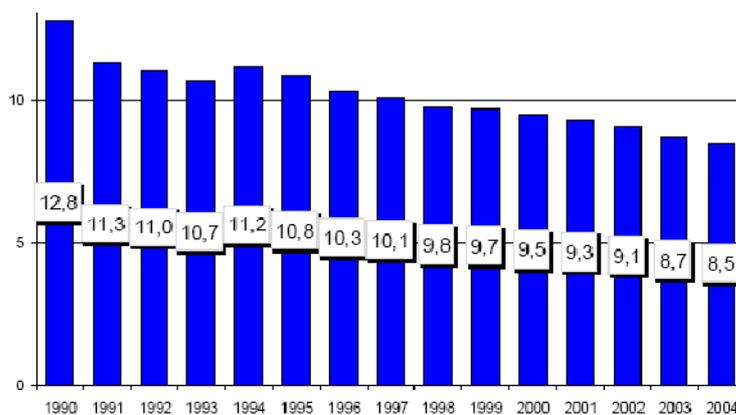
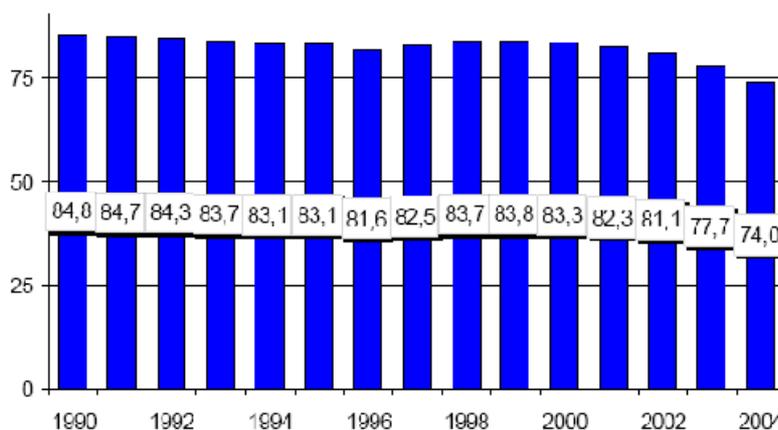


Figura 87: Índice de ocupación en % (Baviera)



El índice de ocupación en Baviera ha descendido del 83% en los años 90 hasta un 75% en la última década.

En relación al resto de los *Länder* alemanes Baviera ocupa puestos medios.

Figura 88: Ranking de los *Länder* de Alemania para diferentes indicadores (BY = Baviera)

Indicador	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NW	RP	SL	SN	ST	SH	TH
Estancia media hospitalaria	3	10	7	5	10	12	12	16	5	2	12	15	1	7	9	3
Índice de Ocupación	13	14	1	4	9	10	15	2	5	12	16	3	7	6	8	10

I

Tecnologías

Baviera dispone de 1,58 TACs (scanners), 0,71 resonancias magnéticas, 25,9 plazas de diálisis y 26,2 camas de cuidados intensivos por 100.000 habitantes. No existen datos sobre el número de quirófanos por habitante.

4.3.2. España y Castilla y León

En España los proveedores de la sanidad son:

- una red de centros de Atención Primaria (AP) pública, que hace de puerta de entrada al sistema, adscrita a la Gerencia regional de salud del Sacyl (Atención primaria)

- la red de Atención Especializada (AE) pública, configurada por centros de especialidades y hospitales, y adscrita a la Gerencia Regional de salud (Atención especializada).

Existen, a su vez, hospitales concertados sin ánimo de lucro y clínicas o hospitales privados, así como consultorios privados de médicos y otros profesionales de la salud (fisioterapeutas, osteópatas...) y residencias de mayores públicas y privadas.

Los orígenes del sistema de AP se hallan en el real Decreto 137/1984 de Estructuras Básicas de salud, por el que se crearon equipos multidisciplinares de atención primaria (EAP) responsables de la atención integral de salud en un primer nivel y dentro de un área geográfica definida, con un centro de salud como centro de la zona básica de salud, en sustitución de los médicos generales de cupo de la Seguridad Social en el medio urbano y de los sanitarios locales, con dispensarios pertenecientes al Ayuntamiento, en el rural. Nace así el modelo de “médico de cabecera” como elemento de entrada al sistema de asistencia sanitaria, que ahora se está fomentando en Alemania y otros países europeos. Además se sustituyó el horario de 2 horas

propio del régimen de cupo por jornadas de 7 horas, implantándose un régimen salarial similar al de los hospitales de la Seguridad Social, así como un sistema de guardias de 24 horas.

En paralelo, las CCAA procedieron a la ordenación de sus territorios en áreas de salud, y éstas, en zonas básicas de salud. Existen casos singulares, en que municipios de una provincia pertenecen a áreas de salud de otra^{XCVII}.

En 1997 había ya un 80% de población atendida a través de EAP (aunque Galicia y Cataluña no llegaban al 60%). La delimitación de Áreas y zonas básicas de salud se rige por factores de índole geográfica, socioeconómica, demográfica, laboral, epidemiológica y de dotación de medios e instalaciones sanitarias, primando el criterio de proximidad de los servicios a los usuarios. El sustrato legal de estos criterios se encuentra en la LGS de 1986, Art. 56 y la Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León.

Ya con la creación del INP, éste creó su propia plantilla (el personal estatutario), a diferencia de otros países como Alemania donde los diferentes centros establecían conciertos con profesionales privados o aseguradoras.

Hasta 1978 el Sistema Sanitario español se había ido configurando como un mosaico de redes dependientes de diferentes administraciones o entidades (INP, Clínicos, AISNA, Diputaciones). Pero ya desde los años 60 el INP gestionaba la red más importante.

^{XCVII} DECRETO 118/2007, de 29 de noviembre, por el que se desarrolla la ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León (BOCYL 05/12/2007).

Como es propio de los modelos sanitarios tipo “Beveridge”, el Estado o Administración pública juega un papel fundamental en la organización y financiación de los servicios sanitarios, en contraposición de los modelos *bismarckianos*, donde los sistemas son gestionados básicamente por los propios proveedores y asociaciones de aseguradoras, públicas o privadas, y financiados en gran parte por las cotizaciones a la seguridad social.

La mayoría de los centros sanitarios españoles son públicos y se rigen por el marco estatutario en cuanto al personal y por el derecho administrativo en la gestión de otros recursos. Cada centro público es financiado y dotado en recursos materiales e humanos por el organismo o servicio de salud de la Comunidad Autónoma (CA) al que pertenece.

Sin embargo, es notable la tendencia a buscar fórmulas más flexibles de gestión. Los servicios autonómicos de salud tienden a convertirse en entes públicos y los grandes centros hospitalarios recurren cada vez más a la compra de servicios externos.

Las áreas de Atención Primaria están divididas en *zonas básicas de salud*, a cada una de las cuales le corresponde un *centro de salud*. Dentro de una zona básica puede haber consultorios periféricos que dependen funcionalmente del centro de salud.

Cada *provincia* tiene una *Gerencia Regional de Salud*. En cada una de ellas existe una Gerencia de Atención Primaria y otra de Atención Especializada.

Las emergencias sanitarias tienen su propia *Gerencia de Emergencias Sanitarias*, adscrita a la Dirección General de Desarrollo Sanitario. Tienen una estructura única para toda Castilla y León, con 1 gerente, un director asistencial y un director de gestión.

En cada área de salud existe un gerente de atención primaria, un director médico, director de enfermería y director de gestión y servicios centrales.

Quien ofrece los servicios de salud en Castilla y León es el SACYL⁸⁹, acrónimo de "Sanidad de Castilla y León SACYL, y heredero del Insalud en la comunidad autónoma de Castilla y León.

El SACYL es el sistema de prestaciones sanitarias gratuitas heredero del INSALUD en la CCAA de Castilla y León, y es comprador y prestador de servicios a la vez.

El mapa sanitario público de Castilla y León^{XCVIII} se organiza en 11 áreas de salud (2 por León (León y El Bierzo), y 2 por Valladolid (Área este y oeste), respectivamente. En cada área existe una gerencia de Atención especializada y otra de Atención Primaria, que pertenecen al Sacyl.

En ocasiones el SACYL compra los servicios a terceros:

- servicios completos a hospitales privados (ej. grupo Recoletas),
elaborando conciertos

^{XCVIII} Decreto 118/2007, de 29 de noviembre, por el que se desarrolla la ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León.

- servicios parciales (externalizados), como lencería y lavandería, limpieza, esterilización, seguridad, catering o restauración, algunos servicios de mantenimiento), etc., siendo esta tendencia creciente.

El grado de colaboración entre la sanidad pública y privada concertada en Castilla y León es importante, variado y estable. Tiene carácter complementario y subsidiario. Requiere la optimización de conciertos estables y permanentes, de ámbito regional, con centros hospitalarios de gran nivel de especialización y complejidad (grandes hospitales) que pueden suplir la insuficiencia puntual de medios en la red sanitaria pública:

En este contexto SACYL mantiene fórmulas de colaboración con la sanidad privada en distintos ámbitos:

- Conciertos de hospitalización de procesos médicos y quirúrgicos coordinados con la red asistencial propia.
- Contratos Marco para la realización de procedimientos quirúrgicos; procedimientos diagnósticos y terapéuticos; rehabilitación física y del lenguaje.
- Hemodiálisis en régimen de club de diálisis.

El grupo privado Recoletas tiene conciertos con los servicios públicos de salud de las respectivas CCAA donde tiene centros y con múltiples aseguradoras y mutuas privadas..

Un 65% de los centros sanitarios españoles son públicos y se rigen por el marco estatutario en cuanto al personal y por el derecho administrativo en la gestión de otros recursos^{XCIX}. Sin embargo, es notable la tendencia a buscar fórmulas más flexibles de gestión (Fundaciones, *Private finance initiative*, PPP y *Public Private Partnerships*, PFI). Estas fórmulas no se han instaurado (todavía) en Castilla y León, aunque en Burgos existe una iniciativa muy avanzada.

Los asegurados en Isfas, Mugeju y Muface también tienen conciertos con aseguradoras privadas (Asisa, Adeslas).

La sanidad privada en Castilla y León constituye un complemento a la sanidad pública, y del que un 12.5% (*in crescendo*) de la población hace uso⁹⁰, sobre todo para toco-ginecología, pediatría, dermatología, con el fin de evitar listas de espera y obtener algunos elementos más de confort.

Red hospitalaria en España

Según el Catálogo de Hospitales de 2007 hay 788 hospitales con 159.671 camas, lo que supone una tasa de 3,59 camas por cada mil habitantes. (Baviera ofrece 6,1 por 1000 habitantes).

De titularidad pública son 301 hospitales (39%), pero como son los más grandes, suponen el 66% de camas (105.289). De todos ellos, 208 son del Sistema Nacional de Salud (los de la antigua red de la seguridad social).

^{XCIX} Ley 55/2003 del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud

En España el número relativo de camas está comenzando a disminuir en los años más recientes⁹¹.

España tiene con 3,59 una de las tasas más bajas de camas hospitalarias/1000 habitantes^C. Por Comunidades Autónomas, Cataluña es la que dispone de una mayor tasa (4,52 camas por cada mil habitantes), seguida de Cantabria (4,30), Aragón (4,29), Canarias (4,25), País Vasco (4,02), Castilla y León (3,97), Asturias (3,94), Extremadura y Navarra (3,93) y Galicia (3,76). Baleares cuenta con la misma tasa per capita que la media nacional (3,59), y por debajo se encuentran Madrid (3,51), Melilla (3,40), La Rioja (3,37), Murcia (3,22), Andalucía (2,91), Ceuta (2,84), Castilla-La Mancha (2,72) y Comunidad Valenciana (2,71).

La media de camas por centro hospitalario es de 203 para España. La comunidad autónoma con más camas por hospital es Madrid (289), seguida de Andalucía (245), Cantabria (241), Galicia (221), Castilla y León (218). En Cataluña se da la circunstancia de que de 32.787 camas, solo el 36,5 % son de titularidad pública.

Figura 89: Camas hospitalarias / 1000 habitantes y otros indicadores en distintas CCAA de España. Año 2006

	<i>Camas hospitalarias por 1.000 habitantes de la CA</i>	<i>Quirófanos por 100.000 habitantes de la CA</i>	<i>Operaciones por 100.000 habitantes de la CA</i>
Andalucía	2,54	7,9	9.676
Aragón	3,98	7,7	9.234
Asturias (Principado de)	3,63	8,3	7.987
Balears (Illes)	3,19	9,4	11.152

^C Datos del catálogo de hospitales de 2005.

Canarias	3,59	8,0	7.817
Cantabria	3,64	7,5	7.922
Castilla-La Mancha	2,61	6,0	7.544
Cataluña	4,35	9,2	11.901
Comunidad Valenciana	2,49	8,3	9.578
Extremadura	3,44	8,3	8.162
Galicia	3,63	9,5	9.407
Madrid	3,14	9,1	10.384
Murcia	3,13	8,2	9.312
Navarra (Comunidad Foral de)	3,60	11,3	11.129
País Vasco	3,80	9,1	10.581
La Rioja	3,13	6,6	7.562
Ceuta y Melilla (C.Autónomas)	2,71	7,9	5.800

Se observa que en las CCAA con alta presencia de centros privados, el número de intervenciones/hab es mayor, lo que hace pensar que el pago por acto (centros privados) incita a una mayor actividad *per se*. El pago mediante sueldo por cumplimiento de horario, independiente de la actividad, incita a una menor actividad.

Red hospitalaria en Castilla y León

La comunidad de Castilla y León está estructurada en 11 áreas de salud, y cada una de ellas tiene, al menos, un hospital de área. La red de Atención Especializada de Sacyl comprende 14 centros hospitalarios (2

hospitales universitarios y otros 6 hospitales adscritos a la Servicio Nacional de Salud "SACYL"-, 2 adscritos a la Comunidad autónoma, 1 hospital psiquiátrico perteneciente a la Diputación^{CI} y 3 a otras entidades públicas) y 14 centros de especialidades médicas. Ocho de los catorce hospitales son complejos asistenciales, que agrupan varios edificios hospitalarios. Del conjunto de hospitales, tres son de tipo comarcal, seis de área y cinco hospitales de referencia. En total hay 39 hospitales (año 2008), de los que 27 son de titularidad privada, con o sin ánimo de lucro^{CII}.

En Castilla y León hay unos 240 Centros de Atención Primaria y 3.517 consultorios de salud⁹².

Figura 90: Comparativa de camas, quirófanos y operaciones/100.000 habitantes de Alemania/España y Baviera/Castilla y León

	ALEMANIA	ESPAÑA	BAVIERA	CASTILLA Y LEÓN
Camas hospitalarias por 1.000 habitantes de la CA	6,20	3,32	6,4	3,97
Quirófanos por 100.000 habitantes de la CA	no datos	8,5	no datos	7,9
Operaciones por 100.000 habitantes	14.946	9.795	16.731	8.354

Fuente: INE 2006 y elaboración propia

^{CI} Con el traspaso al nuevo Río Hortega, Sacyl asumió el día 1 de enero 2008 la asistencia psiquiátrica del Hospital Doctor Villacián de Valladolid, que así deja de depender de la Diputación Provincial. Supone este traspaso la hospitalización de los enfermos agudos del área Oeste de salud de Valladolid, que hasta ahora ingresaban en el centro de Parquesol, y también que Sacyl se hace cargo de los cinco equipos de salud mental de Atención Primaria adscritos al Villacián y de la Unidad de Rehabilitación. La financiación de los servicios recae en la Consejería de Sanidad, aunque estará complementada con aportaciones de la Diputación por un total de 17.289.246 euros a pagar en los próximos diez años.

^{CII} Catálogo Nacional de Hospitales 2006 (datos de 31.12.2005)

El total de camas es de 9507, de las cuales el 77% son públicas. En la dotación relativa de camas hospitalarias Castilla y León se sitúa con 3,97 camas/1000 habitantes entre el primer tercio y segundo tercio del conjunto nacional aunque, en proporción, un 50% por debajo de la dotación en Baviera (6,1 camas/1000 habitantes en 340 hospitales con más de 75.000 camas). La provincia de León aglutina el mayor porcentaje de camas, seguido de Valladolid, si bien en camas/habitantes, Palencia gana en Castilla y León con 5 camas/1.000 habitantes, seguido de León (4,5). Zamora y Segovia tienen ambas 3,3 camas/1.000 habitantes.

Comparando los indicadores clave, se observa que Alemania y Baviera poseen 6,2 y 6,4 camas/100 habitantes, respectivamente, mientras que España y Castilla y León tienen 3,32 y 3,97, respectivamente.

En consonancia con la ya mencionada tendencia europea a deshacerse de efectivos hospitalarios, sólo en la ciudad de Valladolid desaparecieron en las últimas décadas sucesivamente el Hospital Provincial de la Diputación, el Infantil Universitario (no se llegó a habitar), el Hospital Militar y algunas clínicas quirúrgicas privadas.

Figura 91: Hospitales y camas según su titularidad. Castilla y León (año 2006)

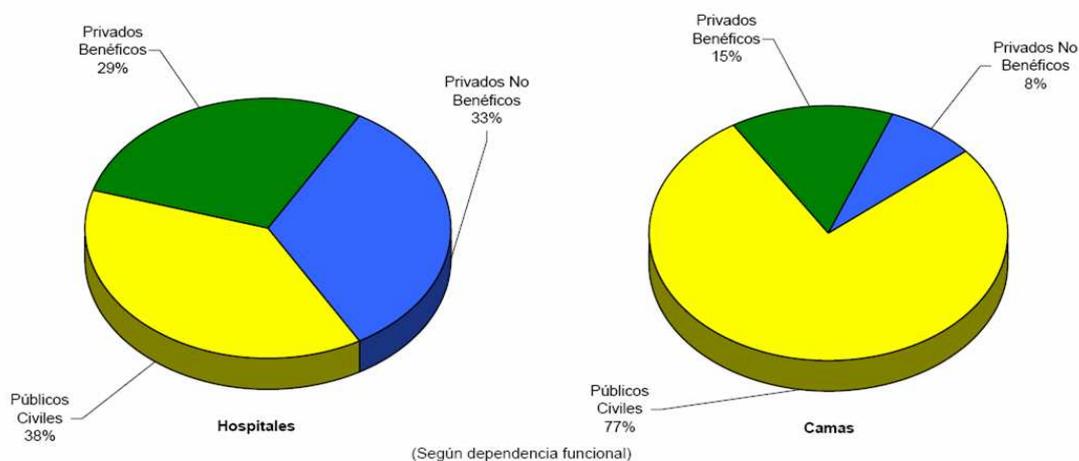


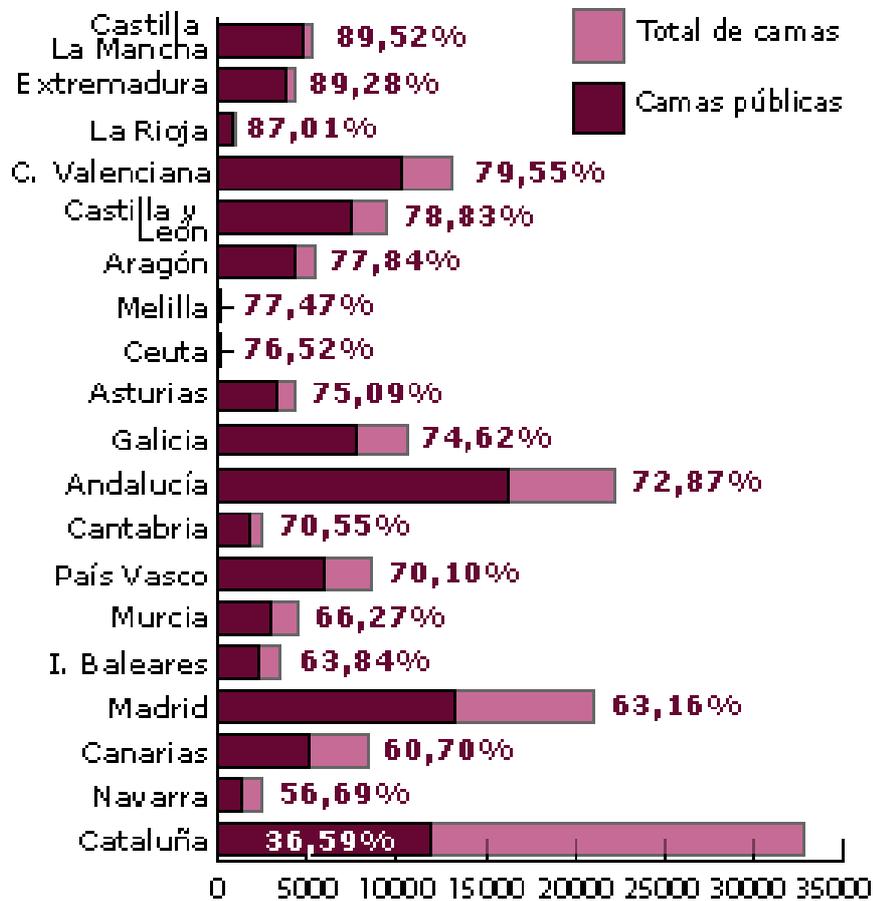
Figura 92: Distribución de hospitales y camas por provincias de Castilla y León (año 2008)

	HOSPITALES	CAMAS HOSPITALARIAS	En porcentaje	Camas / 1.000 habitantes
AVILA	2	451	6,3	3,7
BURGOS	7	1500	15,4	4,2
LEON	11	2163	22,8	4,5
PALENCIA	4	936	8,9	5,0
SALAMANCA	2	11396	12,5	3,5
SEGOVIA	3	482	5,1	3,3
SORIA	1	355	3,9	4,2
VALLADOLID	7	1809	18,4	3,5
ZAMORA	3	672	6,7	3,3
TOTAL	40	9.507	100,0	3,9

Fuente: Dirección General de Estadística de la Junta de Castilla y León

En cuanto a camas públicas de las diferentes CCAA, véase la figura

Figura 93: Camas hospitalarias por CCAA, con el % de camas públicas sobre el total (año 2007).



Fuente: Ministerio de Sanidad de España

Castilla y León cuenta con una relación elevada de plazas para la tercera edad con respecto al conjunto nacional.

Figura 94: N° de plazas residenciales para personas mayores

Ámbito Territorial	Nº total de plazas	Ratio1	Ratio2
Andalucía	31.422	4,09	27,69
Aragón	11.695	9,36	44,63
Asturias	9.297	8,66	39,13
Baleares	3.774	3,95	28,50
Canarias	6.591	3,44	28,54
Cantabria	4.191	7,55	39,79
Castilla y León	32.283	12,94	56,74
Castilla-La Mancha	17.185	9,29	47,83
Cataluña	49.356	7,24	42,83
C. Valenciana	18.566	4,09	25,07
Extremadura	7.634	7,10	36,87
Galicia	10.887	3,96	18,56
Madrid	37.483	6,46	44,60
Murcia	3.893	3,08	21,89
Navarra	5.157	8,82	49,88
País Vasco	13.952	6,80	38,18
La Rioja	2.610	8,89	46,90
Ceuta	137	1,84	16,55
Melilla	199	2,93	27,20
España	266.392	6,17	36,49

Fuente: Servicios Sociales para personas Mayores en España. Enero 2004 para el IMSERSO J

Leyenda: Ratio1 calculada a partir de dividir el número de plazas (tanto públicas como privadas) por cada 1000 habitantes y Ratio2 por cada 1.000 habitantes de 65 y más años.

Tecnologías

Castilla y León dispone de aproximadamente un 50% de la tecnología disponible en Baviera. Baviera y su vecina BadenWuerttemberg son sedes de importantes multinacionales de tecnología médica, como Siemens y de alguna manera esta cercanía geográfica permite la implantación más inmediata en los centros, también a modo de proyectos piloto. En Castilla y León hay 7,9 quirófanos por 100.000 habitantes (8,5/100.000 habitantes en España).

Figura 95: Tecnología disponible en Baviera y Castilla y León

Tecnologías	Baviera	Castilla y León
TAC/100.000 hab	1,58	0,88
RMN/100.000 hab	0,71	0,44
Plazas de diálisis/100.000 hab	25,9	17,8
Camas de UCI/100.000 hab	26,2	11,5

Figura 96: Ranking de países según dotaciones de recursos

Indicador	A T	B E	D E	D K	ES	FR	FI	GR	IT	IE	LU	NL	PT	SE	UK
Camas hospitalarias	5	6	2	12	11	4	3	8	10	9	1	7	14	15	12
Camas de agudos	4	3	2	12	9	5	13	6	7	10	1	8	11	15	14
Médicos total	4	2	3	7	5	9	14	1	7	12	11	13	6	10	15
Médicos de cabecera	5	1	7	10	6	2	14	15	4	8	3	13	12	11	9
Especialistas	4	7	2	6	5	10	13	1	8	12	14	11	3	9	15
Odontólogos	12	5	7	2	13	9	3	1	6	11	8	10	14	4	15
Farmacéuticos	11	1	12	10	3	5	2	7	4	14	7	15	6	9	13
Enfermeros	8	9	5	3	11	6	6	-	10	-	1	-	12	4	2

Fuente: OCDE 2005. Leyenda: DE = Alemania. ES = España.

4.4. RECURSOS HUMANOS

4.4.1. Alemania y Baviera

Según datos de la OECD el número de médicos por 1000 habitantes es, para el año 2005, en el Reino Unido de 3,1 y en Italia de 5,9, mientras que en Francia de 3 y en Alemania 3,5. En España era de 4,4 y en Castilla y León de 4,94. En EEUU era de 2,9.

Alemania

Alemania es hoy en día uno de los países con mayor densidad de médicos, sólo superado por Italia y la Federación rusa.

En Alemania trabajan 4,26 millones personas (un 70,4% son mujeres) en el sector de la sanidad para unos 82 millones de ciudadano.

La distribución según la rama profesional es, según datos del Ministerio Federal de Sanidad de 2007, la siguiente⁹³:

- 311.000 médicos nacionales
- 17.991 médicos de otros países
- 65.000 odontólogos
- 47.000 farmacéuticos
- 144.000 empleados en farmacias
- 717.000 enfermeros/as (entre ellos 18.000 matronas)
- 310.000 cuidadores de personas mayores
- 220.000 auxiliares

- 81.000 fisioterapeutas
- 58.000 masajistas y asistentes de balnearios
- 521.000 ayudantes de consultas médicas y odontológicas
- 136.000 técnicos (de laboratorio, óticos, protésicos dentales, tec.)
- 86.000 auxiliares técnicos
- 55.000 ayudantes técnicos farmacéuticos
- 19.000 médicos naturalistas/homeópatas
- 14.000 dietistas
- 79.847 estudiantes de medicina

Unos 16.000 médicos alemanes, un 5,14%, trabajan fuera del país, sobre todo Reino Unido, EEUU, Suiza y Noruega.

Baviera

En el año 2006 hubo 67.825 médicos en Baviera (12,8% de todos los médicos de Alemania). En 2008 ya hubo 68009 (incremento de un 0,27%). Un 40,16% corresponde a mujeres. 51.615 médicos, un 76%, estaban en ejercicio activo. Hoy uno de cada diez licenciados trabaja en un sector ajeno a la clínica⁹⁴.

La edad media para facultativos femeninas es de 46 años y de 51 años para hombres. En la última década la cifra de facultativos crece 1,3% año tras año^{CIII}.

^{CIII} Nota de prensa de la BLÄK. 12.10.2007

En el año 2006 hubo 249 habitantes por médico y un año antes, 252 habitantes/médico.

La distribución de médicos adscritos al colegio de médicos de Baviera^{CIV} es la siguiente:

BAVIERA — año 2008	hombres	mujeres	total	% campos	% totales
Especialidad					
Médicos de consulta	15486	8226	23712	100,00%	34,87%
Médicos de Familia	4272	1592	5864	24,73%	
Médicos Generales	505	633	1138	4,80%	
Médicos contratados	724	1464	2188	9,23%	
Otros médicos no incluidos en esta lista	526	774	1300	5,48%	
Otros médicos especialistas	9459	3763	13222	55,76%	
Médicos hospitalarios	13804	8613	22417	100,00%	32,96%
Jefes de Servicio	1645	106	1751	7,81%	
Médicos residentes o sin especialidad	5086	5203	10289	45,90%	
Médicos especialistas	7016	3239	10255	45,75%	
Médicos visitantes	57	65	122	0,54%	
Funcionarios	807	503	1310	100,00%	1,93%
Administración pública	613	419	1032	78,78%	
Ejército	194	84	278	21,22%	
Otras actividades	1712	1732	3444	100,00%	5,06%
Otras actividades médicas	826	903	1729	50,20%	
Medicina del trabajo	169	123	292	8,48%	
Industria de Farmacia	162	106	268	7,78%	
Valorador de daños	205	132	337	9,79%	

^{CIV} KVB (02.01.2008)

Periodista	20	26	46	1,34%	
Sustitutos de consulta	287	397	684	19,86%	
Becarios	43	45	88	2,56%	
Sin actividad	8011	7655	15666	100,00%	23,04%
Desempleo	761	1194	1955	12,48%	
Otras actividades	568	358	926	5,91%	
Incapacidad	397	236	633	4,04%	
Permiso maternal/paternal	30	1392	1422	9,08%	
Ama/o de casa	41	1334	1375	8,78%	
Jubilada/o	6166	3081	9247	59,03%	
Otros motivos	48	60	108	0,69%	
Voluntarios/otros	809	651	1460	100,00%	2,15%
TOTAL	40629	27380	68009		100%

Fuente: Kassenärztliche Vereinigung Bayern, KVB (Asociación de Médicos de Baviera). Enero 2008

En 2007 se estima que hubo 5,4 médicos en activo/1000 habitantes. Al comparar entre países o regiones, se computan todos los médicos colegiados, incluidos los parados o dedicados a tareas diferentes a la asistencia sanitaria, por lo que la cifra relativa de médicos sería 5,4 médicos/1000 habitantes.

Un 44% de los médicos en ejercicio trabaja en el sector ambulante (consultas propias concertadas) y un 48% trabaja en hospitales⁹⁵. Los médicos con ejercicio libre han aumentado un 42% entre 1990 y 2002, mientras que los contratados en hospitales “sólo” un 22% en el mismo lapso de tiempo. El 7% son médicos generales o de familia.

Figura 97: Evolución de médicos en última década en Baviera (calculado sobre médicos en ejercicio)

Año	1985	1990	1995	2000	2005	2006
Médicos en Baviera	48997	51280	54568	59423	65802	68009
Nº habitantes/médico	409	375	311	246	251	249

Fuente: Sistema de información de la Información sanitaria de la RFA. Año 2008 (www.gbe-bund)

Exceptuando los Estados federales en forma de ciudades (Hamburgo, Berlín y Bremen), que presentan una gran infraestructura propia con hospitales universitarios propios, Baviera es el Estado federal con mayor densidad de médicos. La previsión hasta el año 2010 es un incremento de médicos en consultas concertadas ligeramente mayor que el de contratados en hospitales, siendo la razón entre ambos casi la unidad.

En cuanto al número de diplomados de enfermería, Baviera posee un poco más de la mitad de las de Castilla y León, 3,93/100.000 habitantes versus 6,08/100.000 habitantes.

Los médicos, psicoterapeutas, odontólogos/cirujanos maxilofaciales del SEE, para ejercer en el ámbito clínico están obligados a inscribirse en el Colegio de Médicos (*Bayrische Landesärztekammer, BLÄK*). Por otra parte se encuentran de forma obligatoria adscritos a las KV/KZV del *Land* correspondiente, que a su vez está representada por la Asociación de médicos/odontólogos federal, *Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)/Kassenzahnärztliche Bundesvereinigungen (KZBV)*.

Estas asociaciones cumplen el mandato legal de asegurar la provisión de servicio ambulante suficiente, oportuna y eficiente para los ciudadanos asegurados en el SEE. Por otra parte son los interlocutores con las KK para pactar y gestionar los honorarios de los proveedores, es decir los médicos.

La génesis de las KV se encuentra en el decreto imperial del presidente von Hindenburg del Reich en 1931, a través del cual se pretendía poner fin a las luchas entre médicos y cajas de seguros, aboliéndose el sistema de contratos individuales entre ambos agentes. Surgieron las asociaciones de médicos/odontólogos (KV y KZV) como representantes de los facultativos e interlocutores únicos para negociar contratos colectivos con las cajas. Desde entonces hasta hoy, la pertenencia de los facultativos sanitarios a dichas KV/KZV era y es obligatoria para tratar a enfermos pertenecientes al SEE.

Los médicos, a través de sus KV/KZV regionales (contratos colectivos) negocian y cierran contratos vinculantes con las cajas de enfermedad del *Land*, para asegurar por una parte una “suficiente, oportuna y eficiente atención médica” (SGB V §12) y por otra, una correcta remuneración por los servicios prestados. Desde el año 2004 los médicos pueden nuevamente negociar directamente con las KK (contratos directos^{CV}).

Las aseguradoras deberán velar por la diversidad de los proveedores y garantizar, junto con los proveedores, que las prestaciones se ajusten a criterios económicos.

^{CV} GMG: Gesundheitsmodernisierungsgesetz (ley de modernización de la SEE del año 2004)

A su vez las KV/KZV adoptan el compromiso de asegurar una correcta infraestructura de clínicas, médicos generales y especialistas, así como una adecuada logística de servicios de urgencia.

En Alemania existen 17 KV y 17 KZV, 1 por cada *Land*, (hasta el año 2005 hubo 23 KV) y una federal (KBV/KZBV) que representa a todas las demás a nivel federal. La KBV/KZBV es el interlocutor para los representantes nacionales de cada caja (a partir de 2011 habrá una sola caja federal que representa a todas las demás, por tanto un solo representante de las KK a nivel federal que repartirá los fondos a las diferentes KV/KZV para ser distribuidos entre los facultativos).

Las KV representan en Alemania un total de 145.000 médicos y psicoterapeutas concertados y las KZV a 50.000 odontólogos/cirujanos maxilofaciales⁹⁶.

En Baviera la KV es la KV de Bayern (KVB), que representa a 24.000 médicos/psicoterapeutas y 8750 odontólogos/cirujanos maxilofaciales en Baviera en consulta propia concertada. La KVB/KZVB es una de las KV mejor valorada en toda Alemania y su sistema de retribución funciona de forma muy satisfactoria para sus facultativos. Todos los trámites suceden vía telemática.

En las KV/KZV existen estrictos controles de calidad, trazabilidad y de supervisión de posibles abusos o fraudes de colegas

Respecto a los médicos en consultas propias concertadas (*Kassenpraxis*) cualquier facultativo puede establecerse según el nivel de necesidad, y de acuerdo a las regulaciones de cada *Land*⁹⁷. Está sujeto a las

mismas leyes que los empresarios libres, quedando exento del pago de determinados impuestos propios de ese estatus. Las solicitudes de establecimiento de consultas para tratar a pacientes asegurados en las cajas de enfermedad alemanas se dirigen a un gremio de arbitraje, conformado por representantes de médicos y de las cajas de enfermedad (*Zulassungsausschuss*), que conceden o deniegan el permiso^{CVI}.

En Alemania las plazas hospitalarias siempre se ocupan con contratos laborales temporales o indefinidos. No existe ningún sistema de puntos, ni de opciones a reserva de plazas. Tampoco existe un sistema de selección tipo concurso-oposición. Se selecciona por concurso de méritos vía currículum vitae y, por criterios de selección del jefe de servicio. La libre movilidad de personal sanitario no supone problema en Alemania, incluso se valora positivamente. Las limitaciones objetivas que pudiese haber son las que suponen las diferentes carteras de servicio de cada *Land*.

Respecto a las plazas de médicos internos residentes (MIR), en Alemania se eligen mediante entrevista personal con el jefe de servicio, al igual que los adjuntos, valorándose el currículum vital y la relación previa que pueda haber existido, a diferencia de la selección del médico interno residente en España mediante una oposición nacional (el examen MIR) con adjudicación de un destino. Hay que decir aquí que un equivalente al examen MIR en Alemania es el que se realiza para finalizar la carrera y obtener la licenciatura (*2. Staatsexamen*).

^{CVI} Código Social, libro V §95 (*Sozialgesetzbuch V*)

A su vez, la obtención de título de especialista en Alemania, regulado a nivel de *Land*, está condicionada a la cumplimentación del programa de cada especialidad (muy especificado, con el número de intervenciones a realizar en especialidades quirúrgicas, etc.) y a la superación de un examen final ante un tribunal^{CVII}.

4.4.2. España y Castilla y León

La tasa de médicos/1000 habitantes se incrementó de 1,17 en 1960 a 1,48 en 1974, siendo este incremento aún mayor para personal de enfermería (pasó en los mismos años de 4,34 a 13,66). El número de médicos empleados en la Seguridad Social ascendió de un 67,8% en 1960 a un 83,5% en 1975. Obsérvese en la figura 98 la evolución de médicos/1000 habitantes en Alemania y España⁹⁸.

A fecha de 31 de diciembre de 2007 existían en España 208.098 médicos con posibilidad de ejercicio en España (colegiados), que supone 4,55 médicos/1.000 habitantes. El 25% de médicos no ejercen o lo hacen en la Administración pública distinta al SNS (ejército, inspección, consejerías, industria farmacéutica, etc.)^{CVIII}.

Castilla y León

^{CVII} Ordenamiento de formación especializada de Baviera (*Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns*) del 24 de abril 2004 (modificado en oct 2008)

^{CVIII} Organización Médica colegial. Datos facilitados bajo petición.

En Castilla y León hubo a 31 de diciembre de 2007 12.778 médicos colegiados^{CIX}. Esto supone 195 habitantes/médico. Castilla y León es de las CCAA con mayor número de médicos de cabecera/habitantes de España (media 218 habitantes/médico). A la inversa, esto equivale a 5,1 médicos/1000 habitantes. Baviera ofrece 5,44 médicos/1000 habitantes. El 36% de médicos castellano leoneses son médicos generales o de familia, mientras que en Baviera lo son el 7,1%, si bien el ciudadano alemán tiene acceso directo a todos especialistas. En Baviera el 24% de médicos no está en activo. Estimando la accesibilidad al sistema en ambas regiones (acceso directo a cualquier especialidad en Baviera y sólo al médico general/de familia o urgencias hospitalarias en Castilla y León, la ratio es de 4,12 versus 1,85, respectivamente.

Respecto a enfermeros, hay 6,08/1.000 habitantes en Castilla y León, casi el doble de Baviera.

El acceso a las plazas de facultativos es para interinidades estatutarias por concurso de méritos (generalmente con convocatoria más o menos oficial, al menos a nivel local) y para adquirir la condición de estatutario fijo, por concurso-oposición.

Los médicos internos residentes (MIR) únicamente deben cumplir los años de duración de la especialidad y rendir de acuerdo a los estándares de cada servicio, sin examen final.

^{CIX} www.ine.es

La instalación de médicos en consulta privada está sometida a las leyes de la empresa privada y el horario es libre. El médico funciona como autónomo.

Los funcionarios públicos se rigen por la Ley del trabajador de la función pública, tanto en Alemania como en España, respectivamente.

Resumen de datos sobre los proveedores médicos (Figuras 98 y 99).

Figura 98: Dotación de Médicos en las dos regiones estudiadas

	Alemania	España	Baviera	Castilla y León
Médicos				
Año 2006	—	—	67.825	—
Año 2007	328.991	208.098	—	12.778
Año 2008	—	—	68009	—
Médicos generales (%)	—	—	7,1	36,1
Enfermeros/1000 hab (año 2007)	—	—	3,93	6,08
Médicos/1000 hab				
Año 1974	1,43	1,17	—	—
Año 1999	1,85	1,48	—	—
Año 2005	3,5	4,4	3,7	4,94
Año 2007	3,9	4,55	5,4 (4,12 en activo)	5,1 (1,84 generalistas)
Edad media de médicos hombre/mujer (2006)			51/46	51/44
Habitante/médico 2005	340	—	252 (en activo)	—
Habitante/médico 2006	321	1741	267	—
Habitante/médico 2007	310	—	185 (246/médico en activo)	195

Figura 99: Clasificación de países según dotaciones de recursos (en sombreado los 3 líderes)

Indicador	Países														
	AT	BE	DE	DK	ES	FR	FI	GR	IT	IE	LU	NL	PT	SE	UK
Camas hospitalarias	5	6	2	12	11	4	3	8	10	9	1	7	14	15	12
Camas de agudos	4	3	2	12	9	5	13	6	7	10	1	8	11	15	14
Médicos total	4	2	3	7	5	9	14	1	7	12	11	13	6	10	15
Médicos de cabecera	5	1	7	10	6	2	14	15	4	8	3	13	12	11	9
Especialistas	4	7	2	6	5	10	13	1	8	12	14	11	3	9	15
Odontólogos	12	5	7	2	13	9	3	1	6	11	8	10	14	4	15
Farmacéuticos	11	1	12	10	3	5	2	7	4	14	7	15	6	9	13
Enfermeros	8	9	5	3	11	6	6	-	10	-	1	-	12	4	2

Fuente: OCDE

4.5. ACTIVIDAD Y USO DEL SISTEMA

Altas hospitalarias

Anualmente Alemania presenta más de 17 millones casos tratados en hospitales (207 altas/1.000 habitantes) y Baviera presentó en el año 2007 la cifra de 2.673.458 altas, que corresponde al 15,72% del conjunto nacional y a una tasa de 213/1.000 habitantes/año. La tasa en Castilla y León es de 111,5 altas/1.000 habitantes/año ($p < 0,05$), es decir, casi la mitad.

En Alemania, al igual que en España, las mujeres superan ligeramente, en menos de un 2%, a los hombres en el número de altas, lo que es atribuible a los partos.

La frecuentación hospitalaria es un 8% mayor en Castilla y León que en Baviera (115 vs 107 visitas/1.000 hab/año), lo que, relacionado con la cifra anterior, refleja que los casos que llegan al hospital en Baviera son más susceptibles de ingreso que los que acuden a los hospitales de Castilla y León.

Sin embargo, la frecuentación del médico (urgencias sin ingreso y consultas) es superior en Alemania que en España (16,3 vs 10,5 visitas/persona/año), al igual que ocurre en Baviera respecto a Castilla y León (14 frente a 9 visitas por persona y año, respectivamente)^{CX}. La media de Europa es de 7,8. La frecuentación sólo en consultas externas es de 7,3 visitas/año/paciente en Castilla y León.

^{CX} Fuente para Alemania: Panel socio económico SOEP, dependiente del Instituto de investigación económica en Berlín (año 2006). Para Baviera: encuesta de BKK a 888 personas en, año 2008. Para España y Castilla y León: INE: Encuesta de morbilidad hospitalaria 2007 (todas las enfermedades, ambos sexos).

Las causas más frecuentes de hospitalización en Baviera no difieren sustancialmente de las del resto de Europa.

Intervenciones quirúrgicas

Hasta el año 2003 Alemania no disponía de datos oficiales homogéneos sobre el número de operaciones. De la Asociación Federal de médicos concertados (KBV) o del Ministerio Federal de Sanidad federal no se dispone de datos. Gracias a la iniciativa de la *International Association for Ambulatory Surgery (IAAS)* a partir de 2004 se dispone de algunos datos procedentes de informes de hospitales del año 2003 ofrecido por la caja de enfermedad AOK⁹⁹. En 2004 el número de operaciones ha retrocedido con respecto al año anterior (11.117.368 vs 12.256.589). Pero en 2007 la cifra superó las 13 millones de operaciones. Sobre todo han aumentado las intervenciones de cirugía ambulatoria (1 millón más respecto al año anterior) en detrimento de las susceptibles a ingreso¹⁰⁰. Actualmente un 37% de las cirugías en Alemania se realizan de forma ambulante, con tendencia creciente. Un 75% de ellas se realizan en consultas concertadas (no hospitalarias).

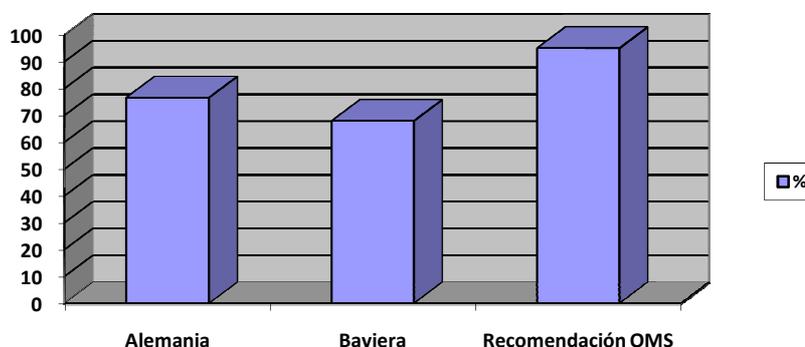
Alemania presenta un volumen de intervenciones quirúrgicas 3 veces superior al de España, lo que en relación al número de habitantes de cada país supone un múltiplo de 1,5. En algunas intervenciones este múltiplo llega hasta 3, como es el caso de las prótesis de cadera, que en Alemania se colocan a edades más tempranas, siguiendo indicaciones menos “conservadoras” que en España.

En España, sin embargo, el incremento del volumen de operaciones en el último lustro ha sido más pronunciado, pasando de unas 3 millones intervenciones en 2003 a más de 4 millones en 2007.

Tasa de vacunación:

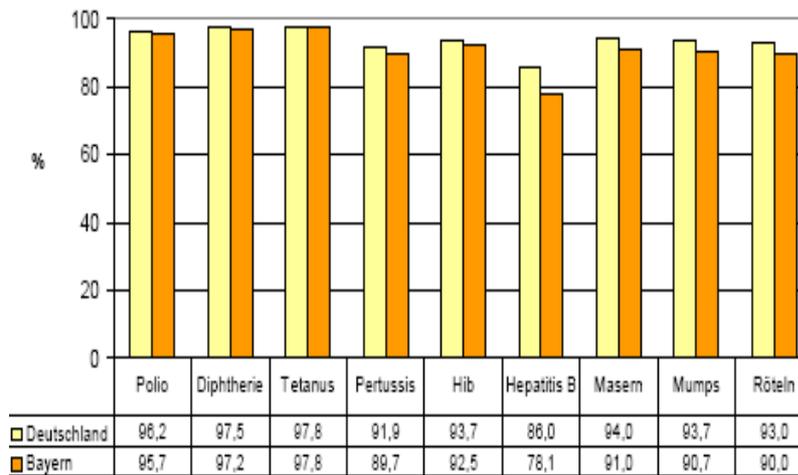
En Alemania no ha habido excesiva adhesión a los programas de vacunación. Para alcanzar la inmunidad de grupo del 95%, recomendada por la OMS, para el sarampión, por ejemplo, en Baviera habría que vacunar a 33.500 niños a fecha de 2006. Según la Oficina Bávara para la Salud y Seguridad Alimentaria (*Bayrisches Landesamt fuer Gesundheit und Lebensmittelsicherheit*), sólo el 84% de los niños de Baviera participan en los exámenes preventivos. La KVB apoya el gobierno bávaro y lanza campañas para motivar a los médicos a vacunar y establecer diagnósticos precoces. En relación a Alemania la posición de Baviera es peor en su conjunto (figura 100) y desagregado por enfermedades inmunoprevenibles (figura 101).

Figura-100: Tasa de vacunación frente a sarampión en preescolares. Alemania y Baviera. Diciembre 2006



Fuente: Instituto Robert Koch (RKI), Berlín

Figura 101: Cobertura vacunal en Baviera y Alemania

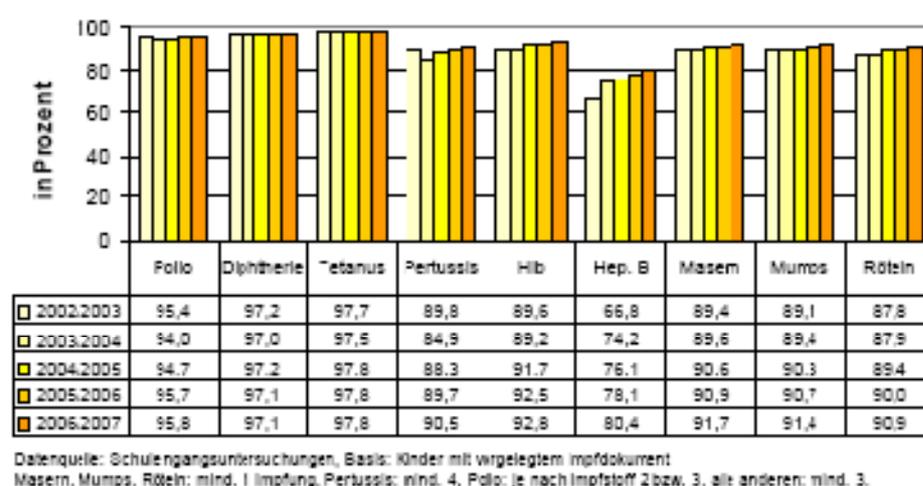


Fuente: Baviera: Examen de salud preescolar. Alemania: Instituto Robert-Koch. (Barómetro sanitario de Baviera 4/2006). Leyenda: Masern = sarampión; Mumps = parotiditis; Röteln = rubéola. HiB = *Haemophilus influenzae*

Respecto al resto de los Länder, Baviera ocupa el 9º lugar en cobertura vacunal con DTPa.

En los últimos años las coberturas vacunales han ido aumentando ligeramente (figura 102).

Figura 102: Evolución de cobertura vacunal en Baviera frente a diferentes microorganismos (edad escolar) en % con esquemas vacunales infantiles completos. Período 2002/03 a 2006/07.



Fuente: Examen de salud preescolar (Barómetro sanitario de Baviera 4/2006).

Leyenda: Masern=sarampión; Mumps=parotiditis; Röteln=rubeola

Dentro de Baviera existen las mismas diferencias interregionales de la tasa de vacunación que para los APVP (ver más adelante), con la zona del noreste peor abastecida.

En Castilla y León la tasa de vacunación infantil supera el 94%, al igual que el conjunto nacional, siendo una cifra mejor que en Baviera.

De hecho en Baviera y en Alemania hubo en los últimos años un repunte de pequeños brotes de enfermedades como el sarampión, que en España suceden de forma muy esporádica y sobre todo en relación a casos en inmigrantes no vacunados.

Parto por cesárea

La media europea de alumbramientos por cesárea es del 18% y la OMS sitúa la tasa aceptable entre el 10% y el 15%. En Baviera, la tasa es del 15%. La tasa de nacimientos por cesárea se ha disparado en el mundo desarrollado y España se halla a la cabeza en Europa. Su tasa alcanza el 40% en la sanidad privada y el 23% en la pública. En Castilla y León la tasa, de centros públicos y privados, es de 28,99%. Una de las causas es la tendencia hacia una medicina más “defensiva” y al aumento de la edad de las madres (mayores complicaciones en el parto). Otro motivo es el mayor lucro obtenido por las clínicas privadas y la mayor facilidad de programar el alumbramiento (días no festivos, o “más cómodos” para la madre o el profesional).

Aun así, el Ministerio de Sanidad está elaborando, en consonancia con las CCAA, una estrategia que persigue volver a un parto más natural y reducir al menos el 12% las cesáreas¹⁰¹.

Figura 103: Indicadores de actividad

	Alemania ^{CXI}	España	Baviera	Castilla y León
Frecuentación hospitalaria/ 1000 habitantes/año	204	120	107	115
Visitas médicas/año/persona (Año 2006) (Urgencias + consultas)	16.3 (7,8 Europa)	10,5	14	9
Altas hospitalarias (año 2006)	16.832.883	4.700.000		

^{CXI} Fuente: Oficina federal de estadística (RFA) basado en CIE-10 (ICD-10) y Asociación federal de cirugía ambulatoria (RFA), cálculos propios

Altas hospitalarias (año 2007)	17.178.573		2.673.458	281.531
Altas hospitalarias/1.000 habitantes	212,1	104,4	214	111,5
Tasa de nacimientos por cesárea (%)				
sanidad pública	18 (media europea)	23	15	28,9
sanidad privada:		40		
Total de operaciones (2007)	13.288.291	4.600.000	2.090.108	208.850
Operaciones/100.000 habitantes	16,20	10,22	16.73	8.35
Prótesis de cadera/100.000 habitantes	--	--	315	80
Inmunización infantil (%)	92	>94	90	>94

4.6. CALIDAD

4.6.1. Cobertura

4.6.1.1. Alemania y Baviera

Hasta el año 2007 el seguro estatal obligatorio de enfermedad (SEE) daba cobertura aproximadamente al 89 % de la población —dentro de este grupo de personas se encontraban: los asegurados obligados (40,6 %), los familiares del mismo (28,6 %), los pensionistas (24 %)—, mientras que algo menos de un 10 % estaba afiliado a aseguradoras privadas y cerca de un 1% pertenecía a otro tipo de seguros, como el de las Fuerzas armadas o de funcionarios de correos, policías, etc. y los perceptores de subvenciones sociales (*Sozialhilfe*). El 0,3 % de la población, unas 211.000 personas registradas (se estima que la cifra real supone un 50 a 80% más), no contaba con seguro alguno^{CXII}. Este colectivo está constituido por ilegales, personas adineradas que renuncian al seguro y personas “arruinadas” o divorciados, que no pueden afrontar los gastos para el seguro.

Hasta ese momento, Alemania ha sido, junto con Irlanda, el único país europeo sin cobertura universal de sus ciudadanos con un seguro sanitario.

Con la ley de reforzamiento de la competencia del SEE (GKV WSG) de abril 2007, *toda* la población que reside en Alemania tiene obligación de estar asegurada. Los antiguos asegurados tienen obligación de regresar a su último seguro o, como mínimo, poseer un SEE. El Ministerio Federal de Sanidad

^{CXII} INE alemán del año 2007

prevé imponer sanciones o penalizaciones a los que no se aseguran, equivalentes a incrementos de un 5% sobre la cuota mensual.

En Alemania se cubren las prestaciones incluidas en el catálogo de prestaciones establecido por el G-BA, y cada ciudadano, independientemente de su forma de aseguración recibirá la mejor atención “oportuna”. Desde la creación del IQWiG, se tiene en cuenta también la eficiencia de la prestación.

La partida financiada vía impuestos está siendo incrementada, para cubrir a los 200.000 alemanes que hasta ahora no tenían seguro de enfermedad alguno.

Cubrir a los no asegurados produce, a la larga, un ahorro de costes, que se generarían al tratar las posibles enfermedades de este colectivo, que se podrían evitar o diagnosticar en estadios precoces con medidas preventivas y un seguimiento más estrecho.

Las KV/KZV de cada *Land* cumplen el mandato legal de asegurar la provisión de servicio ambulatorio suficiente, oportuna y eficiente para los ciudadanos asegurados en el SEE. Las KV se comprometen a su vez a ofertar un servicio cercano al domicilio y a todas las horas del día.

Por otra parte, las KV/KZV son los interlocutores con las KK para pactar y gestionar los honorarios de los proveedores, es decir los médicos.

De acuerdo con el Art. 2 del volumen V del Código Social (SGB V) las aseguradoras deben garantizar a los asegurados todas las prestaciones recogidas en el tercer capítulo de dicho Código, siempre y cuando estas prestaciones no sean de competencia exclusiva del propio asegurado. Se

incluyen prevención primaria y secundaria de enfermedades, planificación familiar, anticoncepción, esterilización y aborto legal, diagnóstico precoz de enfermedades, tratamientos médicos y rehabilitadores.

La calidad y la eficacia de estas prestaciones han de ser acordes con el estándar médico comúnmente reconocido – *“Los asegurados tienen derecho a recibir dichas prestaciones en especie”*-.

Las aseguradoras deberán velar por la diversidad de los proveedores y garantizar, junto con los proveedores, que las prestaciones se ajusten a criterios económicos.

A su vez las KV/KZV adoptan el compromiso de asegurar una correcta infraestructura de clínicas, médicos generales y especialistas, así como una adecuada logística de servicios de urgencia.

4.6.1.2. España y Castilla y León

La red sanitaria pública da cobertura gratuita a todo ciudadano que resida en España y ofrece atención urgente a cualquier ciudadano del mundo que se halle en territorio nacional.

En 1970 la cobertura de la asistencia sanitaria alcanzaba un 63,8% y en 1978 el 81,7% de la población.

En 1987, un año después de aprobar la Ley General de Sanidad, el 96% de la población tenía cobertura sanitaria y a finales de los años noventa, alcanzaba más del 99%.

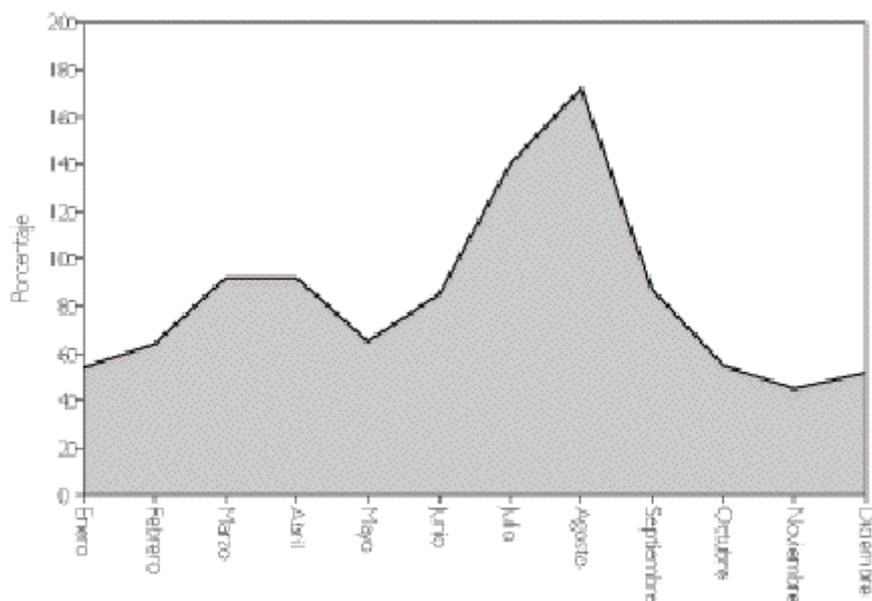
Hay que destacar que in *sensus strictus* los asegurados en Muface, Mugeju e Isfas, así como los trabajadores del mar, no entran dentro del modelo de aseguramiento público, es decir, no tienen derecho automático de acceso al SNS, al no ser que renuncien a su aseguramiento con su mutualidad. Estas mutualidades negocian convenios y contratan servicios a aseguradoras privadas (Asisa o Adeslas) como entes autónomos, privados con dinero público, a semejanza de las KV/KZV y las KK.

No se especifica en la LGS la vía de reconocimiento mediante la que tienen derecho a la asistencia sanitaria pública estos funcionarios, militares, miembros del cuerpo judicial, pero también periodistas, así como los 200.000 a 300.000 personas sin vínculo laboral (oficial). Se estima que más de un millón de personas trabajan ajenos a la ley, en su mayoría inmigrantes.

A esta situación cabe añadir la avalancha de turistas que llega año tras año que, junto a los numerosos residentes de larga temporada, en su utilización de servicios sanitarios incrementa a su vez el gasto sanitario, sin mencionar el puro y duro “turismo sanitario”. Si bien muchas prestaciones son cubiertas por los diferentes convenios con los países de origen, existen servicios no cubiertos por las aseguradoras extranjeras, públicas o privadas, con la consecuente dificultad de cobro por parte del sistema español. Incluso encontrándose todo en regla, el cobro se produce con lentitud y defectos. Tampoco se contabilizan los costes intangibles de desgaste profesional por una mayor carga asistencial, ni los costes indirectos derivados de la necesidad de una nueva planificación con aumento de recursos humanos y materiales. En la época pre-transferencias la compensación de los costes no fluía directamente a las arcas de la CCAA sino al INSALUD, con subsecuentes desajustes en la redistribución.

Hasta hace poco hubo cierta permisividad frente a esta situación por parte de las Administraciones Públicas, dado que había que “mimar” a la primera fuente de ingreso de España, el turismo, que aporta más del 10% del PIB nacional. Máxima expresión de estas ventajas son la prestación farmacéutica gratuita a los pensionistas extranjeros, que en su país no gozan de esta gratuidad. Esta ventaja la disfrutaban también los pensionistas españoles, muchos de los cuales son más pudientes que muchos trabajadores con ingresos modestos y a veces dependientes de un tratamiento costoso.

Figura 104: Distribución por meses de las prestaciones hospitalarias a población flotante en el período 1996-1997 en Mallorca¹⁰³.



La asistencia urgente y la relacionada con el embarazo y parto es gratuita para todas las personas, legales o ilegales, situación aprovechada por personas de muchas partes del mundo. Los menores de 18 años extranjeros gozan de todos los privilegios de cualquier ciudadano español.

La población flotante de Castilla y León es muy escasa y las diferencias de presión asistencial como la que pueda haber en zonas turísticas no se aprecia apenas. El perfil del inmigrante en Castilla y León, joven y sano por lo general en busca de trabajo, no es comparable con el del jubilado rico europeo, con pluripatología, de las costas españolas, que frecuentemente se aprovecha del excelente sistema sanitario español, por ser más barato que el de su país de origen.

La prestación sanitaria en Castilla y León, igual que en el resto de España, es la contemplada en el catálogo de prestaciones del Sistema

Nacional de Salud definido en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Estas prestaciones se hacen efectivas de acuerdo con el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

La más reciente Ley de dependencia 39/2006 ha sido más explícita en la delimitación de su cobertura (Art. 5), en tiempo, titularidad, y donde a los individuos de nacionalidad “no española” se les aplica los derechos y libertades según la Ley Orgánica 4/2000, 8/2000, 11/2003 y 14/2003. Esta mayor diferenciación y pormenorización de la Ley de Dependencia permite regular con más exactitud la asistencia al dependiente y debe servir de modelo para mejorar y actualizar la legislación de la LGS, ya algo antigua tras haber pasado más.

Figura 105: Resumen de la cobertura de la prestación sanitaria

COBERTURA	Alemania	España
Cobertura universal	Desde 2007	Desde 1986
No cobertura por seguro público de la seguridad social hasta 2007	0,3% de la población <ul style="list-style-type: none"> - Personas adineradas - Personas arruinadas y sin recursos - Ilegales 	7% de la población <ul style="list-style-type: none"> - Isfas - Mugeju - Muface
Requisito para aseguramiento público	- Residencia en Alemania y ganancias anuales por debajo de límite de anuales	- Residencia en España
Requisito para conseguir residencia	- Permiso de trabajo <ul style="list-style-type: none"> - Asilo político - Otras según ley de extranjería 	- Presentación de un recibo de luz o contrato de compra/alquiler de la vivienda

4.6.2. Copagos

4.6.2.1. Alemania y Baviera

El asegurado alemán debe satisfacer un copago o ticket moderador por la prestación de los servicios sanitarios en Alemania. Un 15% de la población está exenta de este copago por razones socioeconómicas (parados y perceptores de ayuda social, etc.), minoría de edad o situación de embarazo. Los pensionistas deben abonar una contribución obligatoria de acuerdo a un índice de contribución general del fondo de enfermedad del pensionista, que viene a resultar a partes iguales para el pensionista y para el cuerpo garante de la pensión.

Hasta el año 2007 Alemania tenía regulado a nivel federal la financiación de la sanidad a través de cotizaciones a la Seguridad Social. A pesar de dar cobertura sanitaria a partir de la reforma de 2007 a todos los ciudadanos residentes en suelo alemán, incluidos los desempleados, *todos* están sujetos a las obligaciones de copago que la ley les obliga.

- Copago por estancia hospitalaria:

En el caso de atención hospitalaria el copago era de 17 marcos/día en el año 1995, con un máximo de 2 semanas. El precio medio por estancia era de 557 marcos en 1995, con la particularidad de que la estancia en centros privados era más barata (495,85 marcos) que en el sector público (615,70 marcos).

Desde 2004 al usuario abonar 10 €/estancia hasta un máximo de 28 días y sin que pueda sobrepasar el 2% de los ingresos anuales brutos, o el 1% en caso de enfermos crónicos.

- Copago por medicamentos

Antes de 1993 los usuarios pagaban una parte de la medicación: 3 marcos en el caso de tratarse de medicinas que se encuentran fuera del sistema de precios de referencia. Si existía un precio fijado por grupo de productos, la contribución depende de dicho precio. El paciente pagaba la diferencia entre precio final y el de referencia. En los últimos años se aprobaron diferentes leyes que introducían nuevos copagos por el precio del envase (1993), el tamaño del envase (1994), de manera que el paciente pagaba más de un 20% de la receta. El gobierno socialdemócrata disminuyó en 1999 esta contribución al 11%.

El copago por medicamento no diferencia entre diferentes grupos de edad, aunque la proporcionalidad del gasto no es ilimitada (regulación de un tope del 2% de los ingresos brutos, *Überforderungsklausel* § 62 SGB V).

Una encuesta representativa de la Fundación Bertelsmann^{CXIII} da como resultado que entre 2003 y 2005 las personas con peor estado de salud y aquellas que cuentan con pocos ingresos han reducido sensiblemente sus visitas a las consultas médicas. Asimismo los miembros de aseguradoras “pobres”, poco poderosas, acuden un 19% menos al médico y presentan mayor cronificación de sus dolencias, mientras que en las KK poderosas, sólo un 8% ha dejado de ir al médico en el año 2004. La Fundación opina que el

^{CXIII} Frankfurter Allgemeine Zeitung, FAZ, 05-09-05

copago para la sanidad introducido en 2004 es un instrumento válido pero que también produce efectos no deseados. Según dicha encuesta, el número de personas que manifiesta no ir al médico por el copago se ha reducido del 35% en 2004 al 27% en 2005. Según informa la Federación de médicos adscritos a la Seguridad Social, la reducción general de visitas a facultativos registrada en 2004 (-8%) no se mantiene en 2005, por lo que ese efecto disuasorio ha sido transitorio.

Copagos actuales

- Aparte de las contribuciones a la GKV, cada miembro paga de su bolsillo 10 € al médico/odontólogo/psicoterapeuta por cada cuatrimestre.
- Para productos de farmacia, prótesis auditivas, silla de ruedas, prótesis dentales, así como visitas a domicilio y costes de transporte se contribuye con un 10% del PVP/precio de la visita/coste del viaje, con un máximo de 10 € y un mínimo de 5 €. Nunca se paga por encima del precio de partida.
- El transporte solo se reembolsa si era urgente y tras solicitud expresa del interesado.
- En ingresos hospitalarios o estancias en un sanatorio/balneario se paga 10 €/día de estancia, durante un máximo de 28 días, que incluye una rehabilitación posterior a un ingreso.

- La atención ambulante o de observación menor de 24 horas no se grava.
- Para tratamientos de rehabilitación/masajes terapéuticos se paga 10% de los costes más 10 € por prescripción.

Exenciones:

- Menores de 18 años, mujeres embarazadas con complicaciones del embarazo y parturientas.
- La visita a un especialista por derivación desde el médico de atención primaria, no se paga. Si se va por cuenta propia, hay que pagar 10 € por cada especialista y trimestre.

Bonificaciones

La sanidad alemana ha estado muy enfocada al diagnóstico y tratamiento, sobre todo de nosologías agudas, y los programas de medidas preventivas son de creación relativamente reciente. Actualmente casi todas las cajas de enfermedad aseguradoras, públicas y privadas ofrecen programas preventivos (*disease management programmes*), cuya adhesión a los mismos suponen una bonificación (acumulación de puntos que se traducen en dinero o reducciones de cuotas) a quienes se adhieren a ellos. Estos programas abarcan:

- Cáncer de piel (salvo algunas KK, como TKK, BEK, KKH), a partir de los 20 años (anual)
- Cáncer genital femenino, a partir de los 20 años (anual)
- Cáncer de mama, a partir de los 30 años (anual)

- Enfermedades metabólicas (diabetes, enfermedad renal, cardiovascular), a partir de los 35 años (bienal)
- Cáncer de próstata, a partir de los 45 años (anual)
- Cáncer de colon
- examen de heces y recto, a partir de los 50 años (anual)
- colonoscopia, a partir de los 55 años (2 veces en 10 años)
- Cribado de enfermedades metabólicas en niños.

En Baviera, por ejemplo, existe desde 1999 un programa de cribado de 20 enfermedades metabólicas de origen genético: sd. Androgenital, fenilcetonuria, hipotiroidismo, galactosemia, déficit de acil-coenzima A deshidrogenasa de cadena media, para citar los más importantes, siempre con el consentimiento de los padres. Desde ese año hasta el 2005 el 99% de los recién nacidos bávaros se sometió a este cribado, detectándose 643 niños afectados (8,09‰ en ese periodo → 1,34‰ anual).

- Chequeo cada 2 años que incluye anamnesis, exploración y analítica de sangre y orina, a partir de los 35 años.
- Examen odontológico bianual
- Vacunaciones:

Adultos: Tétanos-difteria, Gripe anual y Pneumococo cada 6 años a partir de los 60 años.

Niños: Calendario vacunal infantil (Baviera): polio, Tétanos-difteria, Haemophilus influenzae tipo B, Bordetella pertussis, Triple vírica, Hepatitis B, Varicela, meningococo, pneumococo, papiloma virus para niñas entre 12 y 17 años

- Certificación de ser “no fumador” (se puede cumplimentar individualmente).
- Ser miembro de un club deportivo
- Obtención de algún premio deportivo
- Índice de masa corporal dentro de los límites establecidos para la bonificación.

Tratamientos individuales, que tienen que ser sufragados por el usuario:

- Ecografía de útero y ovarios
- Ecografía de mama como complemento de la mamografía y palpación
- Ecografía para la detección de osteoporosis
- Examen médico deportivo con ECG de esfuerzo

4.6.2.2. España y Castilla y León

La participación económica de los usuarios (copago) se ciñe únicamente a los medicamentos y productos sanitarios que les proporciona el Sistema Nacional de Salud, según los criterios recogidos en la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

En España el copago en la sanidad únicamente afecta a los no pensionistas en la prestación farmacéutica, y a toda la población en cuanto a la atención bucodental, donde se exige el pago íntegro.

Las diferentes CA están realizando esfuerzos importantes para reducir la carga económica en la atención bucodental, instaurando medidas preventivas en edad escolar (kits de fluoruro sódico en programa de salud bucodental 2009) y asunción de costes para varios tratamientos hasta los 18 años¹⁰⁴.

En el copago no reina un criterio de equidad perfecto, dado que no existe un correlato adecuado entre poder adquisitivo y nivel de copago, de modo que pensionistas “ricos” se benefician frente a contribuyentes “pobres”. En Alemania la carga económica tampoco es progresiva.

Con carácter general, la participación económica que corresponde satisfacer a los usuarios en el momento de la dispensación en oficina de farmacia es:

- Aportación normal: 40% sobre el precio de venta al público.

- Aportación reducida: 10% sobre el precio de venta al público para medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas o graves, sin que el importe total de la aportación pueda exceder de 2,64 € por envase (importe que se actualiza por el Ministerio de Sanidad y Consumo).

Exentos de aportación: Pensionistas y colectivos asimilados, afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica, tratamientos derivados de accidentes de trabajo y enfermedad profesional, productos cuya dispensación al usuario se realice en los centros o servicios asistenciales sanitarios.

La participación ciudadana en el pago es similar. En España se da el fenómeno del copago en farmacias para no pensionistas y la automedicación: En Alemania el fenómeno es similar, si bien el tipo de medicación de “libre dispensación” es algo más restrictivo para determinados medicamentos, en especial antibióticos o para otros a partir de ciertas dosis.

Figura 106: Resumen de copagos

	Alemania	España
Visita a médico	10 €/trimestre	Gratuito
Estancia hospitalaria	10€/día de estancia	Gratuito
Transporte sanitario	10€/viaje	Gratuito
Ttº de Rehabilitación	10% de los costes (máximo 10 €, mínimo 5€)	Gratuito
Exenciones	< 18 años y embarazadas con complicaciones	No
Receta	10% del PVP máximo 10 €, mínimo 5€	40% del PVP o 10% para algunos medicamentos
Exenciones	No	- Pensionistas - Afectados del Sd.tóxico - Discapacidades

4.6.3. Accesibilidad al sistema

4.6.3.1. Alemania y Baviera

La libertad de elección de facultativo o centro asistencial en Alemania es prácticamente total. Un paciente puede acudir al médico que desee, independientemente de su aseguradora y de su situación geográfica. Los médicos generalmente trabajan con todas las aseguradoras. Si no lo hacen, es decir si se trata de un médico privado, no concertado con la seguridad social alemana, las cajas del SEE cubren aquellas prestaciones que están contenidas en su catálogo de prestaciones, a precio de SEE. Lo que excede de esa cuantía, corre a cargo del usuario. Las cajas privadas cubren lo estipulado con su cliente.

De acuerdo con los artículos 108 y 107 del volumen V del Código Social, el asegurado tiene derecho a la libre elección entre los hospitales concertados; únicamente podrá acudir a un hospital no concertado previa autorización de su aseguradora.

El asegurado tiene derecho a asistencia en el hospital para recibir todas las prestaciones y tratamientos durante el tiempo necesario para tratar su enfermedad. Desde el 01/01/2004 todo asegurado en el SEE mayor de 18 años participa en los gastos con un copago de 10 € por día de hospitalización con un máximo de 28 días (GMG)^{CXIV}. Para nuevas regulaciones de la asistencia hospitalaria me remito al apartado de reforma sanitaria del 2004 y 2007.

^{CXIV} GMG: GKV-Modernisierungsgesetz (Ley de modernización del SEE, del 14/11/2004 con entrada en vigor el 01/02/2004, Boletín Oficial del Estado Alemán: BGBl IS 2190, última modificación del 15/12/2004, BGBl IS.3445)

Las asociaciones regionales de aseguradoras firman los acuerdos con los diferentes hospitales y pueden rescindirlos si cesa la necesidad de sus prestaciones. Dicha rescisión puede limitarse a áreas determinadas. En caso de que el hospital afectado esté incluido en el plan de hospitales de un *Land*, la rescisión deberá ser comunicada al mismo. Dado que los *Länder* tienen una responsabilidad especial en cuanto a la planificación de la infraestructura hospitalaria, éstos deberán aprobar una rescisión de acuerdo.

Si un paciente es derivado de un médico a otro, a éste último no debe pagar los 10 € de copago por consulta/trimestre/especialista. Si acude por cuenta propia, sí debe abonar los 10 €.

Desde 2004 las cajas de enfermedad ofrecen bonificaciones si el usuario se adhiere al modelo de “médico de cabecera”, de manera que el acudir a un especialista por derivación desde éste, supone la exención del copago de 10 euros por trimestre y por especialista, aparte de otras ventajas que ofrecen las diferentes cajas de enfermedad.

No obstante, hay libre elección.

4.6.3.2. España y Castilla y León

Actualmente es el médico de cabecera la puerta de entrada al sistema. Éste deriva a un especialista, si procede, Otra vía de acceso es el servicio de urgencias de los hospitales, que se “sobreutiliza” en más del 50%. En teoría hay libertad de elección de médico de cabecera, aunque se asigna por defecto al que corresponde por área de residencia. Este modelo se está flexibilizando poco a poco, si bien el usuario debe en primer lugar atenerse al médico que le corresponde por cupo de área, en función de la zona donde resida. A su vez, el médico de cabecera deriva al especialista del centro de atención especializada que corresponda al área. La libertad que se otorga a los pacientes es la de cambiar de médico de cabecera, no, sin embargo, de especialista. En todo caso existe derecho a una segunda opinión. Existen situaciones donde pacientes “no urgentes” han sido “rechazados” (en consulta y en urgencias de hospitales), por no corresponder/pertenecer al área o a la CA.

Figura 107: Accesibilidad al sistema en las dos regiones estudiadas

Accesibilidad	Alemania y Baviera	España y Castilla y León
Libertad de elección de facultativo	100% libre elección a nivel nacional	Asignación por domicilio (padrón) de: - médico de cabecera (posibilidad de cambio) - centro de especialidades (poca posibilidad de cambio)
Libertad de elección de hospital público	100% libre elección a nivel nacional	Asignación por domicilio (padrón) de:

Libertad de elección de hospital concertado/privado	Con autorización de la aseguradora	Con autorización del servicio de salud
Acceso a cirugías electiva	Libre	Asignado
Acceso a servicios de planificación	Libre	Libre
Acceso a servicios de promoción de salud	Libre	Libre

Ambos países se rigen por la norma comunitaria CEE 1408/71 de libre circulación de pacientes en el territorio de la UE, que garantiza en todo momento la atención urgente a los ciudadanos de la UE y la atención programada previa autorización de la aseguradora del país de origen¹⁰⁵. Cada Estado establece su normativa a la que se someterá el ciudadano desplazado, y la armonización comunitaria interestatal se produce únicamente en materia de seguridad social, pero no de legislaciones sociales. El documento acreditativo para poder obtener asistencia sanitaria en el Estado de acogida es el E-111, expedido en el país de origen. Si el paciente es susceptible de ser transferido a un tercer Estado, el Estado visitado expedirá el documento E-112 para transferir al paciente a ese tercer Estado.

4.6.4. Tiempos de respuesta

La red de consultorios es densa en ambas regiones estudiadas y el tiempo de llegada a ellos es similar en ambas regiones, unos 15 minutos. Castilla y León se encuentra entre las CCAA con mejor accesibilidad a los centros de salud, a pesar de su dispersión geográfica.

En ambas regiones el tiempo de espera medio en la sala de espera es similar, con rangos importantes, que oscilan entre 10 y 60 minutos. La mediana para Baviera es de 14 minutos.

Hay diferencias considerables en cuanto a los días de espera para recibir una cita ambulante, donde Baviera no suele superar la quincena, mientras que Castilla y León la cita se oferta en 2 a 3 meses. Si la cita es preferente, Baviera la adelanta a 7 días y Castilla y León a 15 o 30 días (figura 108).

Para citas ambulantes Baviera supera su media nacional, mientras que Castilla y León se encuentra en el promedio. En el caso de una cita preferente los tiempos son similares respecto a los respectivos promedios nacionales.

En Baviera y Alemania en general existe cierta ventaja en la asignación de citas si se posee un seguro privado en vez de un seguro estatutario.

Un 20% de los asegurados bávaros reciben una cita el mismo día de la petición. En el Estado alemán lo reciben un 13%. En España y Castilla y León esto es bastante más raro.

Figura 108: Tiempos de repuesta ante diferentes indicadores (días)

	Alemania ^{CXV}	España ^{CXVI}	Baviera	Castilla y León
Días de espera para una cita ambulatoria	20	60 a 90	12	60 a 90
Días de espera para una cita preferente) ^{CXVII}		15 a 30		15 a 30
SEE	8		7	
SPE	3		3	

En cuanto a la atención hospitalaria, los tiempos de acceso son muy similares en ambos casos. La espera en urgencias es también parecida, si bien en Alemania existe menos presión asistencial.

Las estancias hospitalarias en Castilla y León son algo más cortas que en Baviera, 8 días frente a 8,6 días, respectivamente, aunque las diferencias no son estadísticamente significativas. La titularidad influye ligeramente en la duración de la estancia en Baviera. En los hospitales sin ánimo de lucro las estancias son de 7,2 días frente a los 8,6 días en hospitales privados.

En Castilla y León no hay datos oficiales respecto a la titularidad de los hospitales.

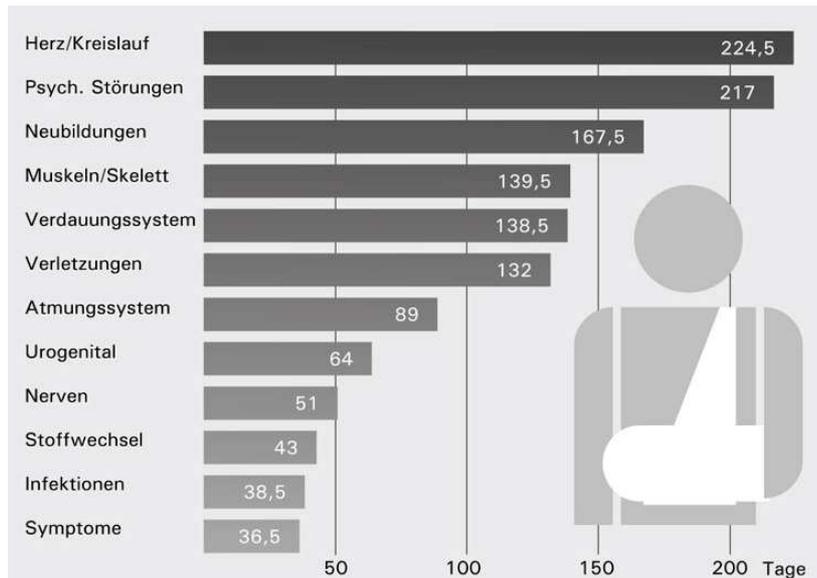
Las patologías que más días de estancia aglutinan se reflejan en la figura 109.

Figura 109: Días de estancia según patologías (días por 1000 asegurados en una BKK). Alemania. Año 2006.

^{CXV} Fuente: Oficina federal de estadística (RFA) basado en CIE-10 (ICD-10), Asociación federal de cirugía ambulatoria (RFA) y cálculos propios

^{CXVI} Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo (basado en CIE-9)

^{CXVII} Para Baviera: encuesta telefónica de BKK a 6013 personas en, año 2008



Legenda de patologías de arriba abajo: cardiovascular, alteraciones psíquicas, neoformaciones (tumores), aparato musculoesquelético, aparato digestivo, accidentes y traumatismos, aparato respiratorio, urogenital, sistema nervioso, metabólico, infecciosas, síntomas.

Figura 110: Estancias hospitalarias por patologías en Baviera^{CXVIII} y Castilla y León (días)

	Baviera	Castilla y León
Estancia media por infarto agudo miocardio (días)	9,7 (9,3 en Alemania)	8
Estancia media por neumonía (días)	10,6	10
Estancia media por Fx cuello fémur (días)	23	13

Las cifras son mejores en Castilla y León que en Baviera para los diagnósticos que más estancias suman.

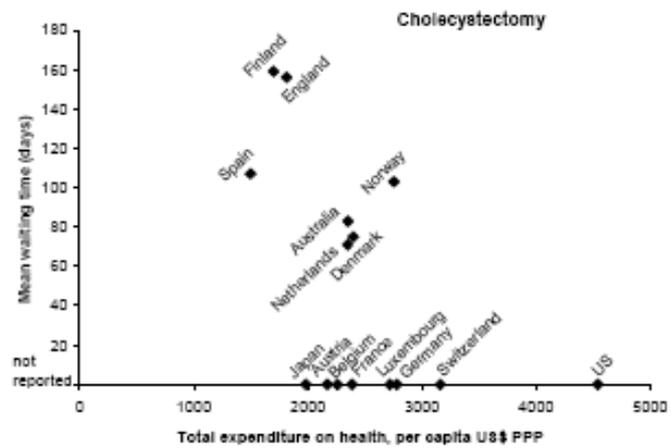
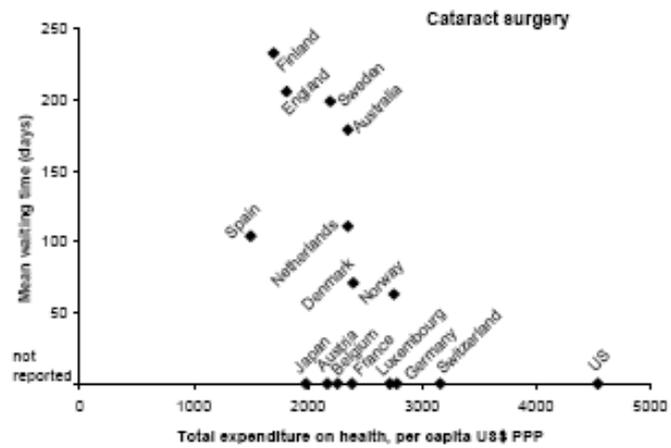
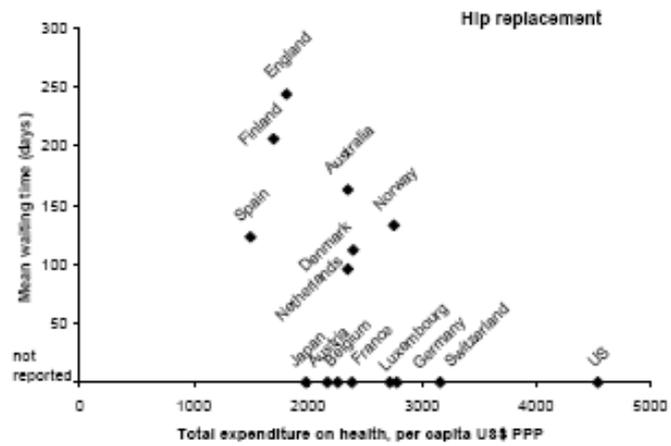
^{CXVIII} Datos basados en la CIE-9 para Castilla y León y en la CIE-10 para Baviera. (Fuente para Baviera: Informe estadístico de la Federación alemana: www.gbe.de)

Listas de espera

Las listas de espera existen en todos los países europeos, tanto en asistencia primaria como en especializada. También se ha comentado por algunos analistas que constituyen un problema estructural propio de los sistemas de provisión pública. Sin embargo, existen diferencias en cuanto a la magnitud de las mismas. Mediante un modelo de regresión lineal múltiple realizado en diez países europeos, se ha encontrado una relación significativa, inversa, entre el gasto sanitario total, el gasto sanitario público y la duración de la espera para intervenciones quirúrgicas (ambulantes y con ingreso)¹⁰⁶. A mayor gasto sanitario total y densidad de camas, menor lista de espera. Sin embargo, a mayor gasto público, mayor lista de espera (en tiempo) para operaciones ambulantes (cirugía ambulatoria).

En la figura siguiente se observa una relación entre gasto sanitario per cápita y listas de espera para algunos procedimientos.

Figura 111. Tiempos de listas de espera medios y gasto sanitario per cápita. Año 2000.

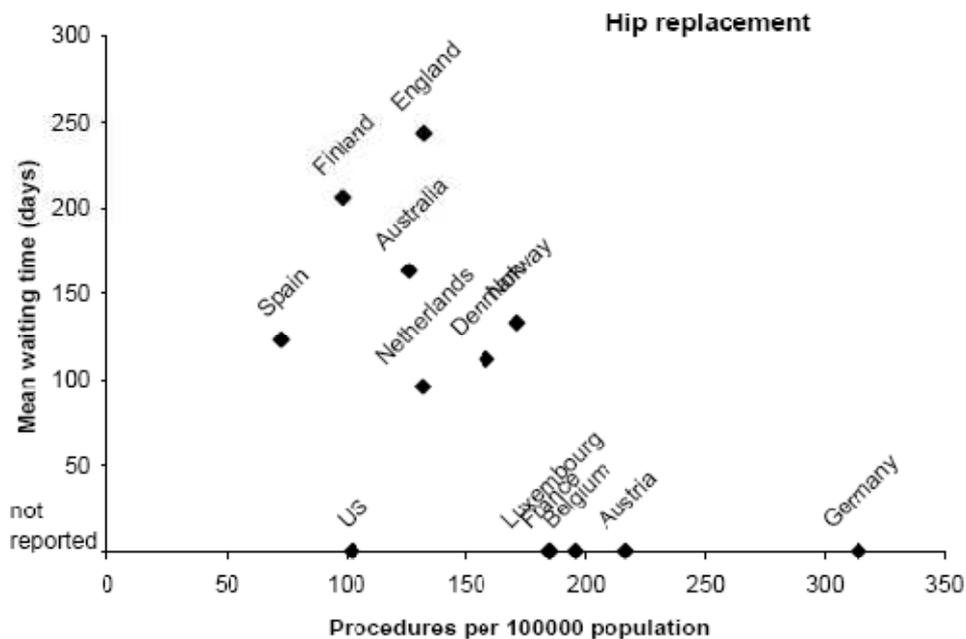


Leyenda: eje de ordenadas: tiempos de espera en días. Eje de abscisas: gasto/habitante

Aun teniendo en cuenta que las estadísticas emanan de informes de los médicos -con los posibles sesgos de respuesta-, se observa una relación, inversa, entre el gasto sanitario total (por debajo de un determinado valor, menos de 2000 a 2600 euros/cápita) y la lista de espera. Sin embargo, existen países con un gasto relativo “bajo”, como Japón, Austria o Bélgica, donde no se reportan listas de espera.

También se aprecia una relación directa entre número de procedimientos/cápita y listas de espera. En la figura 112 se representa esta correspondencia para cirugía de prótesis de cadera, que refleja el patrón de las demás operaciones. Alemania es la que más opera a tiempos de espera muy escasos.

Figura 112: Lista de espera de países en cirugía de prótesis de cadera



Leyenda: eje de ordenadas: tiempos de espera en días. Eje de abscisas: Procedimientos/100.000 habitantes

En países como Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Japón, Luxemburgo, Suiza y EE.UU, las listas de espera no son un tema de interés en los últimos tiempos, siendo que en el pasado sí estaban afectados. Sin embargo, Reino Unido, Holanda, España, Irlanda y Suecia siguen sufriendo de este inconveniente¹⁰⁷.

En una encuesta cumplimentada por oftalmólogos alemanes, éstos indicaron en el año 2000 una lista de unos 35 días para cataratas¹⁰⁸. En otra encuesta realizada en Alemania en 1994, la lista de espera de operaciones de corazón se distribuye porcentualmente en las antiguas dos Alemanias según la figura 113. No especifica el número de días de espera.

Figura 113: Distribución porcentual de diferentes cirugías cardíacas que están en una lista de espera. Año 1994.

LISTA DE ESPERA DE OPERACIONES DE CORAZÓN. EN % SOBRE EL TOTAL	RFA	RDA
Niños	8,6	4,5
Adultos con valvulopatías	19,7	25,5
Adultos con coronariopatías	66,2	63,9
Adultos otros dcos.	5,5	6,1
TOTAL	100	100

Fuente: Encuesta federal de la confederación de hospitales AGLMB, junto con la sociedad alemana de cirugía de tórax y cardiovascular

Figura 114: Listas de espera quirúrgica en Alemania y España.

	Alemania	España
Lista de espera quirúrgica (personas)	No refiere	376.242
Lista de espera quirúrgica (tiempo)	No refiere	93 días (rango 65 a 95 días)
Lista de espera prótesis cadera (días) año 2000	No refiere	120
Lista de espera catarata (días) año 2000 año 2007	No refiere	105 64
Lista de espera colecistectomía (días) año 2000	No refiere	110

En Baviera, al igual que en el resto de Alemania, la lista de espera quirúrgica prácticamente ha desaparecido de la agenda política. No existen registros de la misma, ni legislación sobre garantía de plazos. Los plazos son cortos y razonables.

En España las listas de espera son el aspecto peor valorado en la sanidad pública. Las cifras para las diferentes intervenciones no urgentes oscilan entre 65 y 95 días. Para 2007 había 376.242 pacientes esperando su intervención, con una media de 74 días de espera. Estas cifras han mejorado con respecto al año previo (media de 93 días).

Figura 115: Lista de espera quirúrgica en el SNS: Diciembre 2007

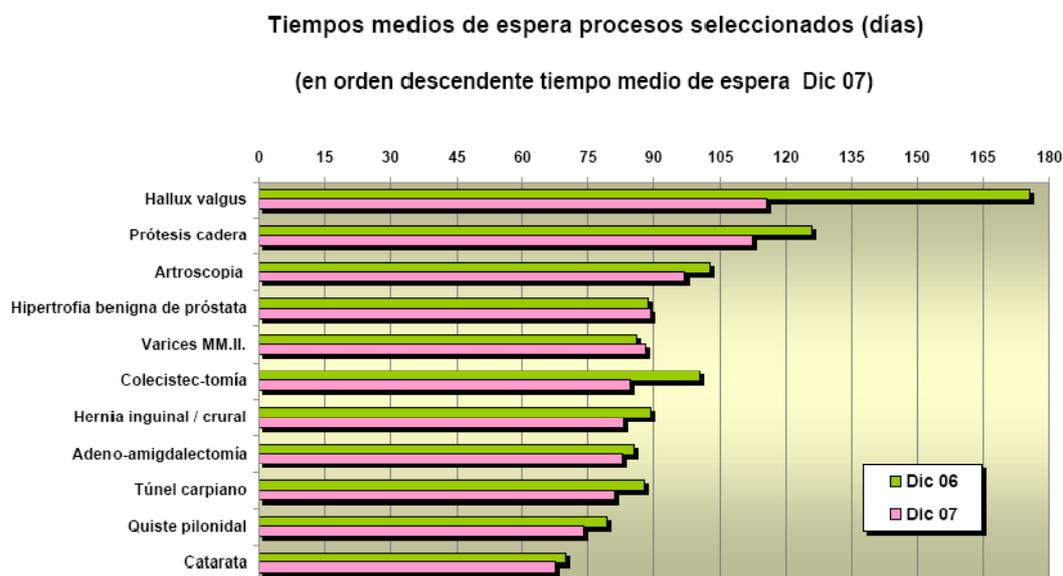
Distribución por Especialidades					
ESPECIALIDADES	Total pacientes en espera estructural (*)	Diferencia con Diciembre 2006	Tasa por 1000 hab.	Porcentaje más de 6 meses	Tiempo medio de espera (días) (**)
Cirugía General y de Digestiva	76.037	4.900	1,03	4,65	71
Ginecología	21.771	-145	0,55	5,30	58
Oftalmología	75.835	593	1,03	4,63	54
ORL	29.315	2.821	0,74	5,68	70
Traumatología	96.651	1.329	2,45	11,26	96
Urología	27.736	3.693	0,70	5,38	56
Cirugía Cardíaca	2.389	548	0,07	6,63	91
Angiología / Cir. vascular	3.450	17	0,24	0,90	74
Cirugía Maxilofacial	4.436	-216	0,11	8,69	92
Cirugía Pediátrica	6.350	-485	0,22	0,40	79
Cirugía Plástica	10.072	-496	0,26	11,02	90
Cirugía Torácica	398	127	0,03	8,02	72
Neurocirugía	5.597	484	0,14	10,38	91
Dermatología	7.105	300	0,18	0,07	45
TOTAL	376.242	13.480	9,55	7,36	74

Fuente: Sistema de Información de Listas de Espera de SNS

(*) Los datos de un Servicio de Salud han sido estimados a partir de los procesos seleccionados/ Falta de datos de una Comunidad Autónoma

(**) Falta de datos de dos Servicios de Salud

Figura 116: Lista de espera quirúrgica del SNS. Dic.2006 a Dic.2007



En cuanto a citas para una consulta externa las cifras también son elevadas, entre 2 y 3 meses, o incluso más. Si la cita es preferente, el tiempo de espera se reduce a 15 a 30 días.

Figura 117: Situación de la lista de espera de consultas externas en el SNS (Dic. 2007)

Total primeras consultas y especialidades básicas			
	Num pacientes pendientes por 1000 hab.	Tiempo medio de espera	Porcentaje con fecha asignada a más de sesenta días
TOTAL	39,344	58	37
Ginecología	4,879	73	44
Oftalmología	8,272	67	47
Traumatología	5,959	52	28
Dermatología	4,252	48	36
ORL	2,238	38	20
Neurología	1,853	54	43
C.Gral y A.Digestivo	1,529	39	21
Urología	1,594	47	31
Digestivo	1,809	59	28
Cardiología	1,634	51	36

Porcentaje de especialidades básicas sobre el total Consultas Externas : 86%

Tota: formularios = 16 (50,4% población)

Nota: Información referida a 14 Comunidades Autónomas e Ingesa

A nivel nacional, canarios, catalanes y gallegos sufren las mayores listas de espera, pudiendo triplicarse el tiempo de espera respecto a otras CCAA como Castilla y León o La Rioja, si bien los sistemas de cómputo difieren de unas CCAA a otras, a pesar de la normativa adoptada, de forma poco vinculante, por el CISNS¹⁰⁹.

La Junta de Castilla y León estableció a partir de 2008 un plazo de garantía: 130 días para cirugía convencional y 30 días para cirugía oncológica y cardiaca no valvular.

4.7. RESULTADOS DE SALUD

El Consejo de Europa, en su reunión del año 2000 en Lisboa, definió el instrumento de armonización europeo OMC (*Open Method through Coordination*) o “método abierto para la coordinación”, con el objetivo de determinar metas y definir líneas directrices, con el fin de que los Estados miembros estén armonizados y trabajen en conjunto con éxito, dentro y fuera de sus fronteras.

Los indicadores de la figura 118 fueron fijados, entre otros, como instrumento de medición y comparabilidad internacional.

Figura 118: Ranking de los Estados miembros de la UE-15 para diferentes indicadores (resaltados en sombreado para los 3 primeros países del ranking)

Indicador	AT	BE	DE	DK	ES	FR	FI	GR	IT	IE	LU	NL	PT	SE	UK
Mortalidad infantil	13	11	8	12	3	4	2	4	8	14	4	8	7	1	15
Mortalidad perinatal	8	-	5	-	3	-	2	10	1	12	6	11	6	3	9
Esperanza de vida al nacer	6	8	7	14	3	1	8	3	3	12	14	11	13	2	8
Estado de salud subjetivo	6	2	4	6	10	13	12	11	9	1	-	3	14	8	5

Fuente: Indikatoren der OMK im Gesundheitswesen und der Langzeitpflege (Informe para el Ministerio de sanidad de Alemania) de consultoría BASYS S.A.(Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung, S.A.), año 2007. Leyenda: DE: Alemania. ES: España.

Se observa que España supera a Alemania en varios indicadores, ocupando terceros puestos en el conjunto europeo.

Los mismos datos se presentan para los 16 *Länder* de Alemania. Bayern (BY) está entre los 3 primeros *Länder*, en cuanto al ranking en esperanza de vida al nacer y mortalidad perinatal. En los otros indicadores no destaca sustancialmente, sobre todo en la estancia media (10° puesto) o índice de ocupación hospitalaria (14° puesto).

Figura 119: Ranking de los *Länder* de Alemania para diferentes indicadores (resaltados en rojo sombreado la columna de Baviera, BY)

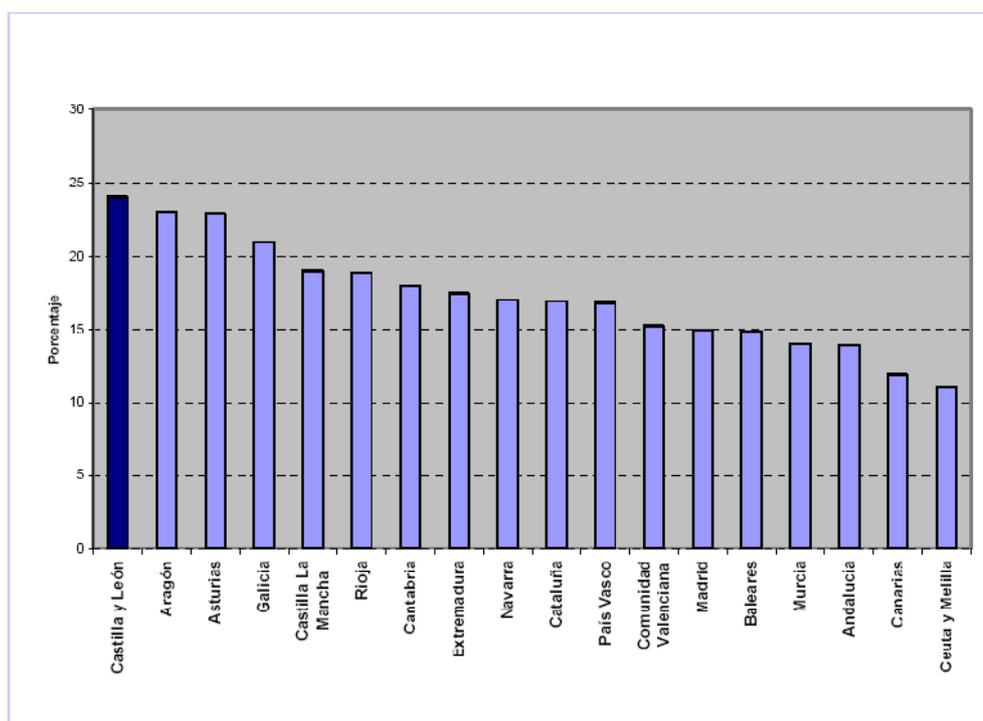
Indicador	Indicador	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NW	RP	SL	SN	ST	SH	TH
Resultado	Mortalidad infantil	1	1	4	8	8	4	13	8	13	16	8	8	1	6	7	15
Resultado	Mortalidad perinatal	3	3	16	10	11	1	7	8	9	14	12	15	6	12	2	3
Resultado	Esperanza de vida al nacer	1	2	8	14	11	4	3	16	7	8	6	12	10	15	5	12

4.7.1. Esperanza de vida

Todos los países europeos tienen patrones de envejecimiento de población parecido (algo más del 16 % son mayores de 65 años) y todos tienen una tendencia alcista de la esperanza de vida.

De forma significativa, la longevidad de los castellano leoneses supera a los de Baviera en unos 2 años, tanto mujeres como hombres. Es una de las esperanzas de vida más elevadas del mundo.

Figura 120: Porcentaje de personas mayores por CCAA. Año 2000



Fuente: INE: INEBASE: Renovación del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de Enero de 2000, Resultados Nacionales y por Comunidades Autónomas. INE, 2002.

4.7.2. Mortalidad y Años potenciales de vida perdidos (APVP)

En cuanto a la edad de fallecimiento según las causas de muerte, se observa que en todos los grupos de enfermedades la edad media de fallecimiento se ha pospuesto, lo que refleja una mejora del nivel de asistencia sanitaria y una mayor supervivencia.

Figura 121: Edad media de fallecimiento según enfermedades. Castilla y León.

	AÑO	
	1998	2006
A00-T98 Todas las enfermedades	75,2	76,5
A00-B99 Enfermedades infecciosas y parasitarias	70,0	74,9
C00-D48 Neoformaciones	71,5	72,3
D50-D90 Enfermedades de la sangre e inmunológicas	74,6	77,0
E00-E90 Enfermedades endocrinológicas, metabólicas	77,2	78,4
F00-F99 Enfermedades psiquiátricas	61,7	74,3
G00-H95 Enfermedades neurológicas	74,1	74,9
I00-I99 Enfermedades cardiovasculares	79,8	80,9
J00-J99 Enfermedades respiratorias	78,7	79,8
K00-K93 Enfermedades aparato digestivo	70,4	73,3
L00-L99 Enfermedades de la piel	77,9	79,6
M00-M99 Enfermedades del aparato musculoesquelético	75,3	76,4
N00-N99 Enfermedades aparato genitourinario	79,1	81,6
O00-O99 Embarazo, parto y postparto	32,3	33,0
P00-P96 Enfermedades del período perinatal	0,5	1,4
Q00-Q99 Enfermedades congénitas	14,3	24,3
R00-R99 Otras	71,8	71,4
S00-T98 Accidentes e intoxicaciones	56,6	62,1

La mortalidad infantil en Baviera ha disminuido desde 15,3/1.000 nacidos vivos en 1978 hasta 3,5/1.000 nacidos vivos en el año 2006, siendo ésta algo más baja que la de Castilla y León, 3,84/1.000 nacidos vivos ($p>0,05$). Castilla y León ha mejorado su tasa respecto al año anterior, cuando era de 4,42. La media española es de 3,53 fallecidos/1000 nacidos vivos.

La mortalidad materna se reduce en ambas regiones hasta 4/100.000.

Estos resultados están entre los diez mejores del mundo.

Observamos que la mortalidad bruta en Baviera es algo más baja que la de Castilla y León. La tasa de mortalidad es semejante entre Baviera y Alemania, pero la de Castilla y León es significativamente más alta que la española, debido sobre todo a la existencia de un alto número de personas ancianas en esta CA. En cuanto a cifras nacionales, se invierte la relación: Alemania tiene mayor tasa bruta de mortalidad al ser, en conjunto, una sociedad más envejecida que España.

La comparativa entre Baviera y Castilla y León se reflejan en la figura 122. Se han incluido otros indicadores.

Figura 122: Indicadores de resultados Baviera y Castilla y León

RESULTADOS DE SALUD	BAVIERA	CASTILLA Y LEÓN	SIG.
Esperanza de vida (años)			
♂	76,8	78,1	<0,05
♀	82,1	84,5	<0,05
Tasa mortalidad bruta	9,5	10,54	0,02
	(Alemania: 10)	(España: 8,43)	0,003

	P = 0,26	P < 0,0001	
Tasa de Mortalidad ajustada por edad (muertes/100.000 hab)	9,7	10,36	0,05
Tasa de mortalidad infantil (muertes /1000 nacidos vivos). Año 2006	3,5 Alemania: 3,66 p=0,28	3,84 España: 3,53 p=0,25	0,22
Tasa de mortalidad materna (muertes /1000 nacimientos).	4	4	>0,05
Mortalidad por cáncer/100.000 habitantes de población mundial estandarizada	250	248	0,06

La tasa de mortalidad por cáncer ha sido clásicamente más baja en España y otros países mediterráneos que en Alemania y otros países del norte y centro de Europa. Sin embargo, en la década de los setenta hasta los noventa del siglo pasado esta tasa ha ido aumentando en España y disminuyendo en Alemania y otros países, hasta converger hacia un valor común de unos 250 fallecidos/100.000 habitantes de población mundial estandarizada. A partir del año 2000 la incidencia y mortalidad por cáncer está disminuyendo en todos los países, salvo para el cáncer de pulmón en mujeres, cuya morbi-mortalidad está aumentando.

España es junto con Austria y Suiza el país europeo con mayor tasa de incorporación de avances en tratamientos oncológicos y con mejor accesibilidad para el usuario a drogas anticancerosas¹¹⁰. En tratamientos oncológicos per cápita España gasta 92 euros, mientras que Alemania gasta 150 euros y en investigación oncológica directa Alemania gasta casi diez veces más que España.

En Alemania las tasas de supervivencia por cáncer al año y a los 5 años superan en dos puntos a las de España.

Figura 123: Tasa de supervivencia al año y a los 5 años por todos los cánceres (salvo piel) en diferentes países

Country	1-year survival rate (%)	5-year survival rate (%)	Annual number of cases	Number of drugs launched
Albania	74	56	6222	
Austria	80	61	36,517	27
Belarus	64	43	30,497	
Belgium	78	58	51,874	22
Bosnia Herzegovina	73	54	12,336	
Bulgaria	65	44	23,610	
Croatia	71	51	20,540	
Czech Republic	68	47	46,802	
Denmark	72	52	25,124	30
Estonia	64	43	5216	
Finland	79	59	21,078	32
France	81	61	268,742	19
Germany	76	58	407,912	
Greece	68	49	38,785	27
Hungary	64	42	49,202	
Iceland	80	63	1071	
Ireland	73	54	13,131	24
Italy	74	55	292,003	28
Latvia	69	49	7662	
Lithuania	70	50	11,694	
Luxembourg	78	59	2054	
Macedonia	74	55	5620	
Malta	73	54	1379	
Moldava	69	49	9413	
Norway	78	58	20,772	
Poland	63	42	134,569	
Portugal	74	53	37,765	
Romania	66	45	59,899	
Russian Federation	64	43	387,524	
Serbia and Montenegro	73	54	32,008	
Slovakia	67	45	18,674	
Slovenia	70	49	7785	
Spain	74	56	161,748	18
Sweden	81	62	42,670	27
Switzerland	80	61	35,444	29
The Netherlands	78	58	69,546	28
Ukraine	65	44	141,102	
UK	67	48	276,590	30

Fuente: A pan-European comparison regarding patient access to cancer drugs (sept 2005)". Karolinska Institutet

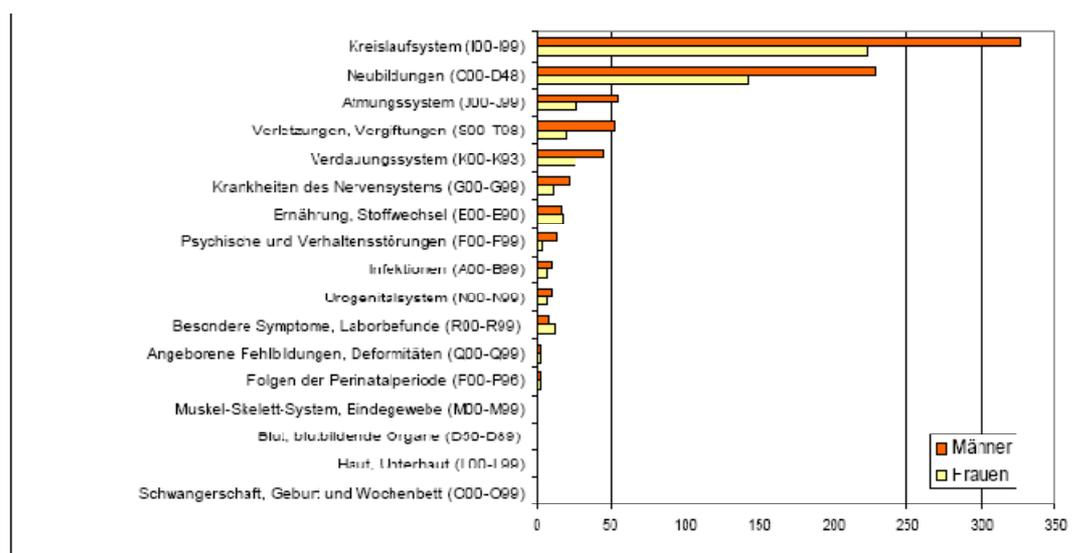
Las causas de muerte en Baviera y Castilla y León se reflejan en la figura

124.

Figura 124: Primeras causas de muerte

Causas de muerte	Baviera	Castilla Y León
Ambos Sexos		
1ª	Enf. Cardiovasculares	Enf. Cardiovasculares
2ª	Neoformaciones	Neoformaciones
3ª	Enf. Respiratorias	Enf. Respiratorias
Hombres		
1ª	Enf. Cardiovasculares	<u>Neoformaciones</u> (Resp)
2ª	Neoformaciones	Enf. Cardiovasculares
3ª	Enf. Respiratorias	Enf. Cerebrovasculares
Mujeres		
1ª	Enf. Cardiovasculares	Enf. Cardiovasculares
2ª	Neoformaciones	Neoformaciones
3ª	Enf. Respiratorias	Enf. Respiratorias

Figura 125: Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes según causas de muerte (CIE-10) y ajustado por edad en Baviera. Año 2002

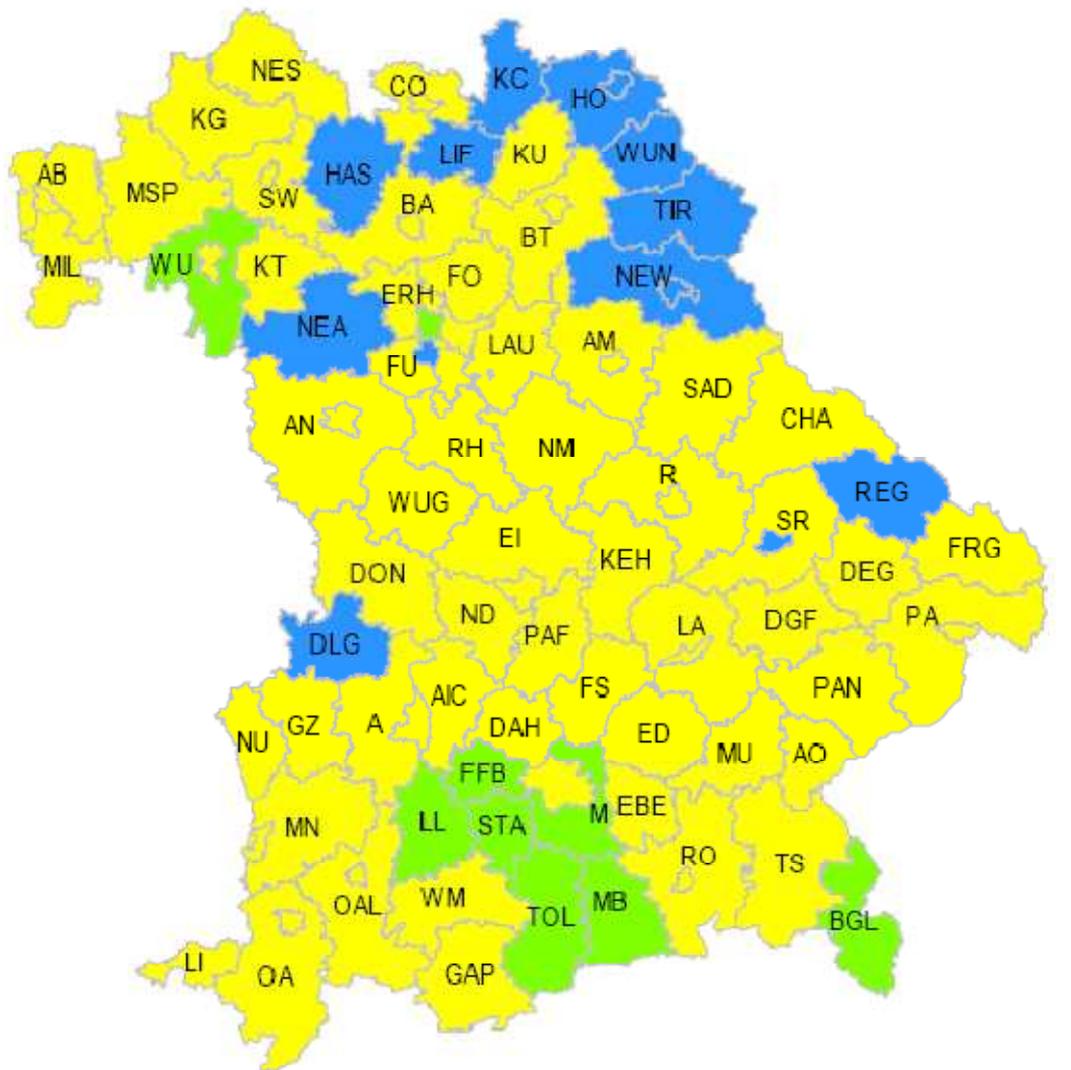


Fuente: Informe de salud de la Federación Alemana (www.gbe-bund.de). Leyenda: hombres en naranja y mujeres en amarillo. En orden decreciente: sistema cardiocirculatorio, neoformaciones, sistema respiratorio, accidentes e intoxicaciones, aparato digestivo, sistema nervioso, alimentación y metabolismo, psiquiatría, infecciones, sistema urogenital, ...)

La tasa de mortalidad por enfermedades son variables; por ejemplo, para enfermedades endocrinas y metabólicas es entre un 35 a 50% inferior en Baviera que en Castilla y León

En cuanto a la variedad geográfica, se aprecia una pendiente decreciente norte-sur respecto a la tasa de mortalidad. La zona que linda con Chequia y la antigua RDA (noreste) tiene una mortalidad más prematura que el sur o noroeste. Son zonas económicamente más deprimidas que el próspero sur y con un clima más extremo en invierno.

Figura 126: Tasa de mortalidad con desviación del promedio del Land.



Datenquelle: LfStAD, eig. Berechnungen,
standardisiert an der alten Europabevölkerung

Sterberate	
■	10 % unter Landesdurchschnitt
■	Landesdurchschnitt +/- 10 %
■	10 % über Landesdurchschnitt

FFuente: ver figura anterior. Leyenda: en verde (rectángulo superior de la leyenda): 10% por debajo del promedio regional; en amarillo (rectángulo medio de la leyenda): promedio regional +/- 10%; en azul (rectángulo inferior de la leyenda): 10% por encima del promedio regional.

En cuanto a los años potenciales de vida perdidos (APVP), véase la figura 127. Se aprecia, considerando todas las causas, menos APVP en Baviera que en Castilla y León, 28,5 vs 34,7 años/1000 habitantes, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,01$). La tasa de hombres casi duplica la de mujeres.

Ajustado por causas, vemos en la figura 127 diferencias según se trate de una u otra, dando Castilla y León mejores resultados, como en enfermedades cardiovasculares para ambos géneros y neoformaciones en hombres.

Figura 127: Años potenciales de vida perdidos (APVP/1.000 habitantes) por causas en Baviera y Castilla y León

	BAVIERA	CASTILLA Y LEÓN
Accidentes e intoxicaciones ♂	10,14	8,10
Accidentes tráfico ♀	1,30	2,17
Neoformaciones ♂	7,16	4,02
Neoformaciones ♀	1,70	2,17
Enf. Isquémica cardiaca ♂	5,78	3,38
Enf. Isquémica cardiaca ♀	2,07	0,65
Todas las causas (ambos sexos)	28,5 (26,5-33,5)	34,82 (31,4-39,1) $p < 0,01$

Los siguientes datos reflejan las diferencias regionales en Baviera en cuanto a APVP¹¹¹.

Figura 128: Años potenciales de vida perdidos (APVP/100.000 hab.). Año 2000-2002. Población total. Baviera

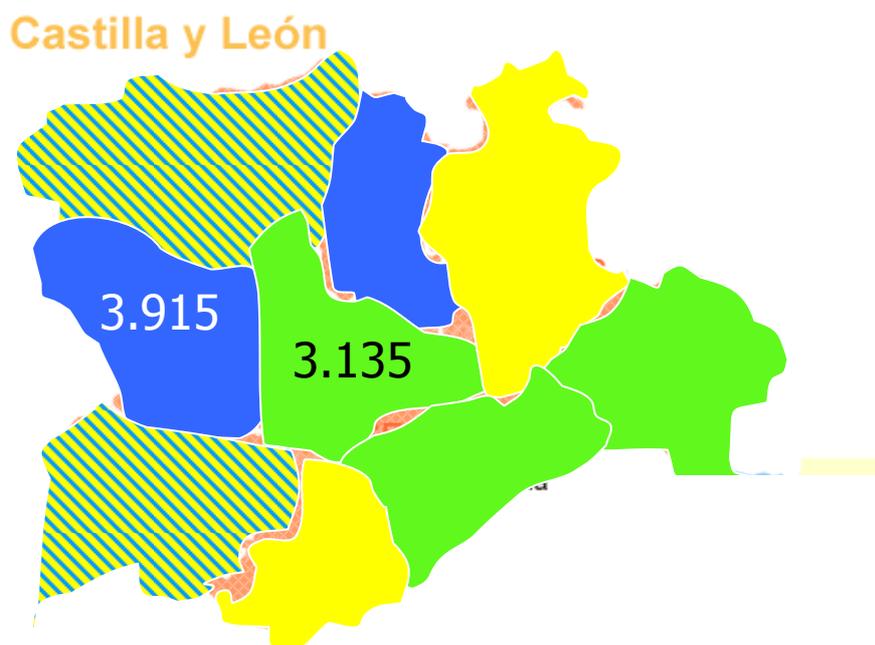


Fuente: LfStaD (Oficina de estadística de Baviera), estandarizado por la población de Europa. Leyenda: en verde: años potenciales perdidos de vida (APVP) ≤ 2.72.; en amarillo: APVP ≤ 2,99; APVP ≤ 3,275.

La variedad interregional de los Años potenciales de vida perdidos (APVP) de Castilla y León se aprecia en la siguiente tabla¹¹².

APVP/100.000 habitantes	Provincias de Castilla y León
3.135	Valladolid
3.144	Soria
3.262	Segovia
3.452	Burgos
3.470	Avila
3.482	Castilla y León
3.595	Salamanca
3.624	León
3.747	Palencia
3.915	Zamora

Figura 129: Mapa de variación interrprovincial de Años potenciales de vida potencialmente perdidos (APVP) en Castilla y León (APVP/100.000) con representación de valores extremos



Fuente: Elaboración propia. Leyenda como figura 128

4.7.3. Otros indicadores

Tabaquismo:

En Castilla y León fuma el 25% de la población; es la 3ª CA que menos fuma, tras Galicia y País Vasco; presenta el mayor porcentaje de los que fuman ahora menos que hace 2 años: Castilla y León (37%) y Asturias (37%), tras Ceuta (44%). En España fuma un 24,5% de personas (un 58% son hombres y un 42% son mujeres)^{CXIX}.

En Baviera fuma el 29% (un 35% de los hombres y un 24% de las mujeres) de la población^{CXX}, un porcentaje algo superior al de España y al de

^{CXIX} Fuente: INE 2009. www.ine.es/jaxi/tabla.do

^{CXX} Archivos del instituto demoscópico Allensbach, enero 2008. www.rauchen-bayern.de/pdf/_www.ifg-allensbach.de_pdf_prd_0801.pdf

Castilla y León ($p < 0,05$). El grupo de edad con el mayor porcentaje de fumadores es el comprendido entre los 20 y 29 años (44%). En 1965 aún fumaba el 46% de la población alemana y desde 1996 la cifra se mantiene en torno al 30%. El gobierno regional pretende disminuir aún más esta cifra mediante la Ley antitabaco (*Gesundheitsschutzgesetz Bayerns*), aún más estricta que la del conjunto federal^{CXXI}.

Obesidad

En Baviera más del 38% de la población tiene sobrepeso (IMC entre 25 y 30). En Castilla y León esta proporción alcanza hasta el 40%. Aquellos que superan el IMC de 30 (obesidad) son más numerosos en Baviera que en Castilla y León, un 18% frente a un 14%.

Un 9% de bávaros son diabéticos, frente a un 8,83% de castellano leoneses ($p = 0,06$).

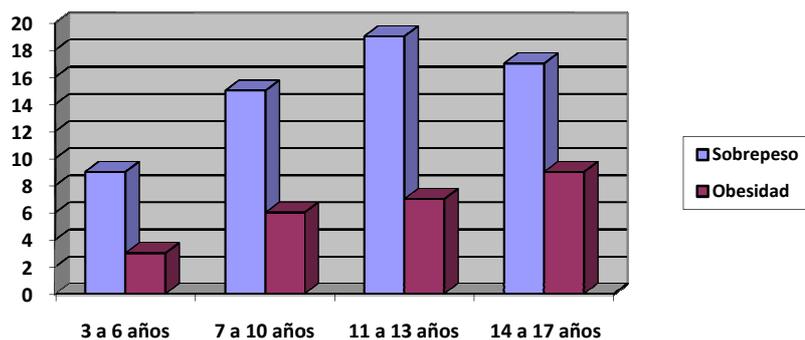
Según el Instituto Robert Koch (RKI), entre 1985 y 1999 la cantidad de niños con sobrepeso ha crecido un 50% y los obesos se han duplicado.

La KVB ha desarrollado en el año 2005 el programa “Xundi” (podría traducirse por “Sanote”) para hacer frente a la situación de sobrepeso y obesidad de la población infantil y juvenil^{CXXII}. Unos 2000 médicos y psicoterapeutas aproximadamente participan en este proyecto (juegos, charlas a niños y padres).

Figura 130: Infantes y jóvenes con sobrepeso en Alemania. Oct 2006

^{CXXI} Ley de salud: Gesundheitsschutzgesetz, (GSK), 1 Januar 2008

^{CXXII} www.xundi.de



Fuente: KVB Baviera

La tasa de infección nosocomial es dos puntos más baja en Baviera que en Castilla y León.

El porcentaje de abortos voluntarios está también 1 punto por debajo del de Castilla y León.

Figura 131: Otros indicadores de Baviera y Castilla y León

	Baviera	Castilla y León
Tabaquismo (%)	29	25
Sobrepeso/Obesidad (%)	38,21/18,25	40,91/13,94
Sobrepeso o obesidad infantil (%)	>25	> 20
Diabetes mellitus (%)	9	8,83
Tasa de infección nosocomial (infecciones/100 ingresos)	5,23 (KISS)	7,17 (EPINE) (España: 7,9)
Abortos voluntarios/1000 embarazos	5	6,11

4.7.4. Barómetro sanitario

Alemania y Baviera

Hay que decir que no existe un barómetro sanitario específico de Baviera, sino a nivel federal, que se realiza cada año¹¹³.

Casi el 8% califica la provisión sanitaria en Alemania como mala, un 26% como regular, un 55% como buena y un 8% como muy buena^{CXXIII}.

En los últimos años la valoración ha ido en empeorando. En 2005 un 67% calificaba el sistema como bueno o muy bueno. En 2008 tan sólo el 59% opina lo mismo. Y los que valoran mal el sistema han crecido un 9%. Más y más personas opinan que se está generando un sistema de primera y de segunda clase. Las prestaciones cubiertas cada vez son menos, las cuotas no paran de subir, los médicos cada vez tienen menos tiempo por consulta, los tiempos de espera en las consultas son excesivos, la deshumanización se va notando cada vez más. Cada vez más personas se ven obligadas a contratar un seguro privado suplementario.

Los médicos de consultas y de hospitales también temen una mayor presión por parte de las cajas aseguradoras, sobre todo desde la creación del fondo común.

Las dudas sobre la sostenibilidad del sistema se acumulan, tanto en el colectivo médico como de la población general. Los médicos alemanes opinan en un 84% que es necesaria una gran reforma.

^{CXXIII} Statista S.A. año 2007Malo o muy malo. <http://de.statista.org>

Generalmente los que están asegurados en el SPE se sienten mejor cubiertos que los pertenecientes al SEE.

Todos abogan por una mayor transparencia del sistema en cuanto a costes. Los poseedores de seguros privados creen estar mejor asegurados que los pertenecientes al SEE. El 87% está contento con su SPE y sólo el 60% los son con su SEE. El posible sesgo es que los miembros del SPE suelen ser más pudientes (sesgo de “Lalonde”).

Los aspectos mejor valorados son libertad de elección del profesional, atención general adecuada por parte del médico generalista y especialista.

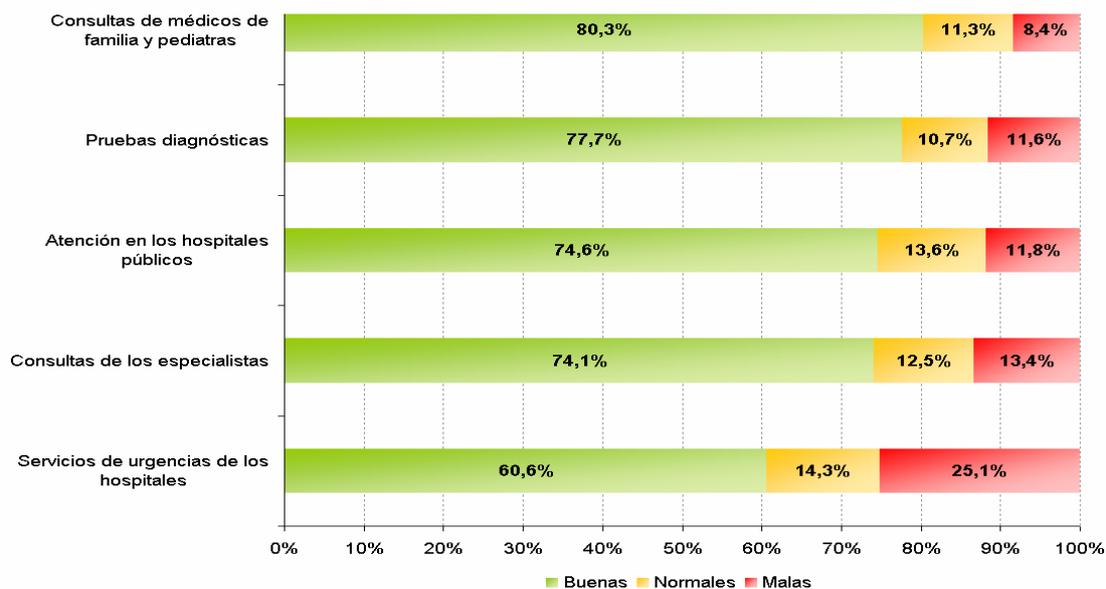
Castilla y León

El barómetro sanitario de Castilla y León consiste en una encuesta, que se lleva realizando desde 2005 de forma anual¹¹⁴. Se entrevistan a más de 4000 encuestados mayores de 16 años sobre su percepción de diferentes elementos del sistema de asistencia sanitaria, tanto en atención primaria como en especializada (tiempos de espera, atención recibida) para valorar su grado de satisfacción.

En general el sistema sanitario es valorado satisfactorio o muy satisfactorio por más del 75%. Se obtiene un índice de satisfacción “bueno” o “muy bueno” superior al 90 por ciento en el apartado “hospitalización”, aunque los datos han empeorado ligeramente respecto a 2005 y 2006.

La nota media es 6,31 (6,81 en 2006), superando la media nacional (6,13) y estando sólo por debajo de Asturias, Cantabria y P.Vasco. En núcleos rurales supera la nota de 7.

Figura 132: Valoración de diferentes aspectos del sistema sanitario en Castilla y León. Año 2007



La parte mejor valorada son los servicios de emergencia -Castilla y León es líder en España con menos de 14 minutos de mediana de tardanza en acudir- y la Atención primaria. La información recibida a pacientes y familiares, las pruebas diagnósticas y el nivel tecnológico obtiene puntuaciones buenas o muy buenas en más del 80%.

Las partes peor valoradas son: Tiempos de espera en urgencias (34 min) y en consultas externas (20 min). El estado de las instalaciones (un 25% opina que son regulares o malas) —algunos consultorios y grandes hospitales

son bastante viejos), lugares para el juego y entretenimiento en zona pediátrica (35% opina que son escasos y mal dotados); conocimiento sobre programas de prevención (cáncer de cérvix, tabaquismo, calendario vacunal, programas cardiosaludables), que sólo conoce entre un 33 y 45%; trámites administrativos (un 30 a 60% no conoce bien los circuitos).

La falta de tiempo libre es lo que más refieren los castellano leoneses para realizar más ejercicio físico (50,6%) y que el médico se lo aconseje (18%).

Esta cifra llega hasta 9 en municipios pequeños. Más del 90% opina que la localización del consultorio o centro de salud es adecuada.

En velocidad de acudir a una emergencia sanitaria (menos de 14 minutos) ocupa el primer puesto de todo el territorio nacional, lo cual no deja de ser meritorio, habida cuenta de la dispersión de la población, si bien la representatividad de la muestra puede estar concentrada más en núcleos más poblados.

En cuanto a la dependencia funcional, Castilla y León presenta la menor tasa de España de “dificultad para cuidado personal”, y la 2ª menor tasa tras Cantabria para “tareas domesticas y movilidad”, lo que demuestra el alto grado de independencia funcional de los castellano leoneses.

Los puntos más criticados son las demoras para citas, la cortedad de las consultas, la escasa información y la lista de espera para pruebas diagnósticas y cirugías.

La Junta de Castilla y León, en su último Consejo de Gobierno, ha aprobado en septiembre de 2008 la creación de un registro de pacientes en

lista de espera, como paso saludable para regular la situación y facilitar una mejor planificación. Se fija en 130 días el plazo para garantizar intervenciones quirúrgicas y en 30 días para operaciones oncológicas y de cardiología no valvular. En caso de superar el tiempo estipulado, el afectado podrá operarse en otra CCAA a su libre elección. A su vez se pretende registrar a los enfermos pendientes de cita en atención especializada y de pruebas diagnósticas.

En España, los más satisfechos con su estado de salud son los ceutíes y melillenses, seguidos por andaluces. Los menos satisfechos con su salud son de Canarias, Asturias y Cantabria.

En Castilla y León los resultados respecto al estado de salud percibido aparecen en la figura 133.

Figura 133: Barómetros sanitarios: Estado de salud percibido. Año 2008

	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
Baviera	21,39	<u>48,60</u>	22,46	5,52	2,04
Castilla y León	22,46	<u>51,59</u>	20,03	5,19	0,72

En resumen, la valoración del sistema sanitario por bávaros y castellano leoneses se refleja en la figura 134.

Figura 134: Valoración del sistema sanitario en Baviera y en Castilla y León

VALORACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO	BAVIERA	CASTILLA Y LEÓN	SIG
Bueno o muy bueno	69,99	74,05	p<0,01
Malo o muy malo	7,56	5,91	p<0,01

En la figura 135 resumimos los aspectos mejor y peor valorados en cada sistema.

Figura 135: Aspectos mejor y peor valorados del sistema sanitario en Baviera y en Castilla y León

	Baviera	Castilla y León
Aspectos MEJOR valorados	<ul style="list-style-type: none"> • Actitud del médico • Libertad de elección de profesional • (Mejores valoraciones en los asegurados en SPE • Médico de hospital menos descontentos que los de consultas concertadas) 	<ul style="list-style-type: none"> • Emergencia • Atención Primaria • Nivel tecnológico • Información recibida
Aspectos PEOR valorados	<ul style="list-style-type: none"> • Medicina de 1ª y 2ª clase • Sostenibilidad cuestionada • Escaso tiempo en consulta • Cuotas cada vez más caras • Copagos en alza • Recortes de coberturas • Mayor carga burocrática y financiera • Políticos sanitaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de espera en urgencias y consultas externas • Estado de las instalaciones • Listas de espera quirúrgicas y para pruebas diagnósticas • Conocimiento sobre programas preventivos y trámites administrativos

5. COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Legislación

Destaca que en España tenemos dentro del capítulo III de los Principios rectores de la política social y económica el Art. 43 de la Constitución Española, que garantiza el derecho a la protección de la salud, mientras que en la Constitución Alemana no existe ningún párrafo que haga mención a tal derecho, tal como lo hace el Art.43 de la Constitución española de 1978.

En las leyes alemanas federales únicamente se menciona la protección a la salud en la Ley de protección del trabajo (Arbeitsschutzgesetz, ArbSchG) de 17 agosto de 1996, cuyo objetivo era transcribir las directivas europeas 89/391/CEE y 91/383/CEE de 1989 del Consejo de Europa, con las que se pretendía asegurar y mejorar la seguridad y la protección de la salud de los trabajadores en su trabajo, según predica su artículo 1.

Se aprecia así que la tradición de ligar las legislaciones de la protección social, tal como se concibió en su origen en 1883, a “la mano de obra” o “clase trabajadora” y no a toda la ciudadanía, perdura hasta nuestros días, al revés de como ocurre en los países poseedores del modelo sanitario tipo “Beveridge”.

No obstante, en Alemania resulta de aplicación la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, proclamada en Niza en el año 2000, que en su artículo 33 menciona el derecho a la protección de la salud de los ciudadanos de acuerdo a las legislaciones y prácticas nacionales. El nuevo Tratado de Lisboa, firmado el 13 de noviembre de 2007 y en vigor desde

diciembre 2009, garantiza las libertades y principios enunciados en la Carta de Derechos Fundamentales que pasan a ser jurídicamente vinculantes.

La Ley de Protección de la Salud (Gesundheitsschutzgesetz, GSK) de Baviera es la única ley explícita referente a la protección de la salud, una ley monográfica para proteger la salud de los fumadores pasivos. Resulta “pobre” al lado del mandato constitucional de España para todos los ciudadanos. El equivalente a esta ley en España, si cabe, la encontraríamos en la Ley 28/2005, de 26 de diciembre de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, que va a ser reforzada próximamente^{CXXIV}.

Sin embargo, la legislación sobre el ordenamiento del sistema sanitario en Alemania se aplica a nivel federal y se recoge en un su casi totalidad en el Código Social Libro V (SGB V) para el Seguro Social, y en el Código Social SGB XI para el de Dependencia.

En España existe más fragmentación legislativa respecto al sistema sanitario. Cada CA tiene su propia legislación, siendo diferente en cada una de ellas. Tienen común el respeto a los principios de universalidad, gratuidad y accesibilidad que marca la Ley General de Sanidad de 1986 y la CE de 1978.

La Ley de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León data de 1993, sólo cuatro años posteriores a la aprobación de la Ley federal recogida en el SGB V. La Ley de dependencia lleva en Alemania 11 años de ventaja temporal y está mucho más desarrollada.

^{CXXIV} BOE 27 diciembre 2005

Las estructuras heredadas en Castilla y León tras las transferencias de competencias en materia sanitaria han sido las del antiguo Insalud, inicialmente sin grandes cambios a nivel organizativo ni estructural, perpetuándose cierta rigidez burocrática hasta nuestros días.

Todas las innovaciones de la política sanitaria alemana, aprobadas a nivel nacional, se incorporan al citado Código Social V y afectan, por tanto, a todos los ciudadanos de Alemania, lo cual favorece la homogeneidad del catálogo de prestaciones y la equidad. Las innovaciones tecnológicas y de medicamentos se sujetan desde 2004 a una evaluación de coste-efectividad y coste-utilidad por parte del IQWiG (Instituto de Gestión de la calidad y Eficiencia del Sistema Sanitario). Aparte de la evaluación económica, se pretende evitar la variabilidad de prácticas indeseada. Sus dictámenes son tenidos en cuenta en las decisiones políticas.

España tiene Agencias de evaluación de tecnologías en cada CA y sus estudios o los de otros Centros de investigación sobre Economía de la salud, públicos y privados, son discrecionales o espontáneos, siguiendo intereses particulares o coyunturales. Sus dictámenes no son vinculantes y existe cierta arbitrariedad o duplicidad en sus iniciativas.

En España existe la misma sensibilidad y el mismo compromiso de universalidad, equidad y accesibilidad, pero el sistema español adolece de suficientes fórmulas de articulación de estos principios. De hecho existe actualmente un gran debate sobre un futuro Pacto de Estado para la Sanidad Pública, pero no acaba de cristalizar.

Con la descentralización del sistema sanitario español, podría existir el peligro de que la sanidad adquiriera mayor significación para la política territorial (autonómica) que para la cohesión social, como exige el mandato constitucional. Tal es así que el Ministerio de Sanidad español ha perdido gran parte de su función coordinadora y controladora, a excepción del Consejo Interterritorial, cuya efectividad frecuentemente está siendo puesta en tela de juicio por los propios representantes políticos, sanitarios y sociales.

Las cajas de seguros de enfermedad en Alemania (KK), aun pudiendo ser de índole regional, tienen un compromiso profesional de ámbito nacional, siendo un factor de cohesión social nacional, basado siempre en el principio de solidaridad, como demuestra el Fondo de “compensación por estructura de riesgo” (RSA) y los órganos de coordinación federal, como es el G-BA.

En Alemania los debates políticos sobre cualquier reforma sanitaria tienen lugar sobre la base grandes partidos políticos y sindicatos nacionales, y los acuerdos afectan a los agentes en todo el Estado, mientras que en España a veces este debate se reduce al nivel autonómico, después de las transferencias.

Cabe señalar que el aseguramiento privado en España se caracteriza, para muchas prestaciones, por una “duplicidad” del aseguramiento universal público y gratuito de la seguridad social. La única excepción en España la suponen los adscritos al régimen particular de Isfas, Muface y Mugeju, que pueden elegir su aseguramiento entre el régimen especial con su mutua o la seguridad social, los centros del servicio de salud público de cada CA.

En Alemania el seguro privado tiene carácter supletorio o, en todo caso, complementario, por lo que el solapamiento de cobertura de prestaciones es mucho menor. Existen voces críticas en Alemania respecto a la realidad de un aseguramiento privado, supuestamente mejor y más completo, para los más pudientes. La reforma sanitaria de 2007, con la introducción de cuotas mínimas unitarias para todas las cajas y el levantamiento de la restricción para la admisión de determinados afiliados en las KK privadas, ha contribuido a frenar esta potencial amenaza de génesis de una “medicina de dos clases”.

Financiación

Baviera gasta en sanidad por habitante algo menos del doble que Castilla y León. Unos años antes esta diferencia era aún mayor.

Pero más financiación no siempre supone mejores resultados de salud, como se puede apreciar en los indicadores de esperanza de vida, tasa de mortalidad infantil y materna, o años potenciales de vida perdidos por diferentes causas, con mejores resultados para Castilla y León que para Baviera.

Sí es llamativo el mayor gasto farmacéutico en términos relativos de España y Castilla y León. La mayor restricción de dispensación de fármacos sin recetas médicas en Alemania y los menores índices de automedicación con determinados fármacos, especialmente antibióticos –hasta hace poco de libre disposición en España-, hacen que el gasto farmacéutico, como porcentaje del gasto sanitario, sea más contenido en Alemania que en España. También contribuye el mayor porcentaje de prescripción de genéricos, un 40% de

Baviera frente a un escaso 10% de Castilla y León. El coste de cada fármaco, sin embargo, es mayor en Alemania, por lo que en términos absolutos el ciudadano bávaro gasta más que el castellano leonés.

En cuanto a la financiación de hospitales, los presupuestos prospectivos cerrados reinantes en Alemania hacen que los gestores vigilen con mayor rigor el cumplimiento del mismo, dado que sobrepasar los límites implica la no recuperación (total) de los costes causados. En España habría que aplicar criterios más estrictos en este sentido.

La justificación de los gastos mediante el sistema de GRD permite una contabilidad más transparente y operativa, si bien existe el riesgo potencial de “pervertir” la actividad programando más las intervenciones mejor reembolsadas.

La obligatoriedad de declarar gastos en todo el territorio federal permite cobrar (dentro del presupuesto asignado se cobra por lo que se declara), comparar datos a nivel nacional y realizar *benchmarking*, planificación estratégica, una oportuna asignación de recursos y elaborar anuarios e informes de calidad.

La sanidad alemana se rige por el principio de equilibrio presupuestario, es decir, que los gastos comprometidos por las aseguradoras de enfermedad con los diferentes proveedores de prestaciones no deben superar sus ingresos. Alemania ha impulsado intensamente su política de contención de gastos o cuanto menos, de control del gasto. En este sentido la creación del IQWIG representa un paso importante en este sentido.

En España existen iniciativas, pero no están sometidas a una regulación nacional que exija este tipo de estudios de evaluación económica, con medición de los resultados de salud.

Ambos países están involucrados en mejorar la eficiencia de su sistema, elaborando protocolos y vías clínicas, que ayudan a ahorrar costes.

La obligatoriedad en Alemania, por Ley (SGB V), de entregar un informe de calidad bienal por cada hospital, público y privado, ayuda a mejorar la provisión de la asistencia sanitaria y también a la eficiencia. España podría copiar este tipo de iniciativas de forma reglada y homogénea en todo el territorio nacional.

La forma de control de gastos en aras de mantener la sostenibilidad del sistema, se conseguiría, por una parte, desde el lado de la *oferta*:

- presupuestos prospectivos
- modificación de la forma de reembolso de los servicios hospitalarios (ampliar y optimizar la lista de procesos de isoconsumo)
- introducción de protocolos clínicos
- mejora de la coordinación entre la atención primaria y especializada
- refuerzo del modelo de médicos de cabecera
- implicación de los hospitales en el área de consultas externas.

- exclusión del catálogo de prestaciones servicios “superfluos”, que, por tanto, han de ser pagadas íntegramente por el propio asegurado:
- introducción de bonificaciones para aquellos asegurados que participen en programas de prevención y de seguimiento de enfermedades crónicas.

y, por otro, desde el lado de la *demanda*:

- participación del asegurado en el pago de las prestaciones
- establecimiento de prioridades
- incentivos de mercado de la demanda individual (quien exige, paga)
- adhesión a programas racionales

Alemania ha introducido gran parte de estas medidas y España también, si bien el copago en España no se está considerando de momento más allá de la participación en la receta de farmacia.

Por otra parte habría que introducir medidas que pretenden aplicar criterios de mayor eficacia a la gestión de los recursos por parte del pagador (las cajas de enfermedad en el caso de Alemania o los Servicios de salud o Consejerías de Sanidad en caso de España:

- Aplicar normativas de honorarios y retribuciones que introduzcan incentivos económicos a la consecución de resultados y buenas prácticas.
- Controlar la gestión económica de médicos en consulta y en hospitales.
- Conferir mayor responsabilidad o mayor poder de gestión a los médicos de cabecera y a las consultas de alta resolución.

Alemania ya ha tomado iniciativas en esta dirección y desde 2002 las aseguradoras de enfermedad y las federaciones de médicos concertados están obligadas a suscribir anualmente acuerdos para mejorar la eficiencia y la calidad de la medicación. Dichos acuerdos regulan:

- el presupuesto total para fármacos del que disponen los médicos concertados,
- los objetivos de la prescripción en cuanto al volumen presupuestario así como su eficacia,
- los criterios para implementar medidas que permitan alcanzar los objetivos acordados,
- la atribución a los hospitales de mayores competencias para una consulta ambulatoria.

Recursos materiales

Baviera posee, en términos absolutos y relativos, un 55% más de recursos materiales que Castilla y León, tanto de tecnologías como de camas hospitalarias, siendo la ratio de 1,76. En Alemania, a su vez, hay 1,6 veces más hospitales por habitante que en España.

Esto concuerda con el mayor gasto sanitario de Alemania (11% del PIB) frente al de España (8,9% del PIB), asumiendo que la proporción de inversión en infraestructuras fuera similar.

El que la dotación de camas hospitalaria siga el mismo patrón que el del número de hospitales es lógico, teniendo en cuenta que la media de camas/hospital es muy similar en ambas regiones (unas 240 camas en promedio).

La disminución de las dotaciones de camas/habitantes se observa en las últimas décadas en ambas regiones, así como en casi todos los países europeos. Esta tendencia es más acentuada en Baviera, que ha pasado de 11 a 6,41 camas/1.000 habitantes, mientras Castilla y León lo hizo de 4,77 a 3,98 desde mediados de los años setenta. Las diferencias intrarregionales, según provincias o circunscripciones administrativas, son más pronunciadas en Castilla y León que en Baviera (rango de 3,3 a 5 y de 5,4 a 6,3, respectivamente). Es decir, el tejido asistencial es algo más uniforme en Baviera que en Castilla y León.

El incremento de la población, a expensas sobre todo de la inmigración de personas jóvenes (sanas), y la tendencia de los últimos años a la “ambulatorización” de servicios en toda Europa, pueden explicar esta tendencia de disminución de camas hospitalarias.

Respecto a la titularidad de las entidades, las proporciones son similares en las dos regiones estudiadas, con más del 65% de entidades públicas o sin ánimo de lucro. Tal vez en España existe un ligero predominio de las entidades privadas, pero mayoritariamente debido a la mayor presencia de una sanidad privada en las regiones del Levante español.

Hay que destacar que la red de hospitales privados en Baviera cumple con el mismo mandato de servicio público que los públicos, dado que las aseguradoras privadas alemanas (*private Krankenkassen*) se someten a la misma misión de servicio público que las estatutarias (*gesetzliche Krankenkassen*). Esto podría equipararse a los conciertos que determinados hospitales privados en España y Castilla y León tienen con la seguridad social, o SACYL en este caso, por lo que en este apartado encontramos pocas diferencias.

En cuanto a hospitales universitarios/habitante, Castilla y León posee el doble de dotación que Baviera: 0,8 hospitales universitarios/1.000.000 habitantes frente a los 0,4 de Baviera, si bien hay que decir que la formación de especialistas en Alemania se puede realizar en gran parte en consultas concertadas de todas las especialidades, aparte de los centros hospitalarios. En ambos países, las remesas de nuevos licenciados no son suficientes para cubrir completamente la necesidad de especialistas en todas las áreas geográficas.

En lo concerniente a camas en residencias para ancianos, las cifras son muy similares en ambas regiones, superando incluso Castilla y León en algunas décimas a Baviera.

La mayor dotación de quirófanos y de tecnología/habitante (TAC, RMN, camas de UCI) en Baviera (un 40% mayor que Castilla y León) -aparte de que Baviera es sede de grandes fabricante, como es Siemens, que algo facilita la implantación de tecnología “in situ”- va parejo con la asunción de que la medicina alemana es tradicionalmente más “intervencionista” que la española. Prueba de ello es, por ejemplo, el hecho de que la media de edad de personas receptoras de prótesis de cadera en Alemania ronda los sesenta años, mientras que en España la actitud es más conservadora, y se colocan prótesis a partir de la edad de setenta u ochenta años. Aquí cabe lanzar la teoría -tópico o no- de que “la oferta genera la demanda”.

Recursos humanos

La dotación de médicos por habitante es ligeramente superior en Baviera (5,4) que en Castilla y León (5,1). Ambas regiones representan las proporciones más elevadas de su respectivo país.

Baviera es uno de los *Länder* más atractivos de Alemania por su oferta cultural y económica, lo que explica en parte la atracción de facultativos de otros *Länder* y de otros países.

Castilla y León posee este elevado ratio, entre otras causas, porque, al tener dos facultades de medicina, vierte suficientes remesas al mercado laboral regional.

En cuanto a enfermeros, Castilla y León casi duplica la dotación de Baviera. Las competencias de tareas de los enfermeros en Alemania han sido

recortadas en los últimos años, por consideraciones de tipo médico-jurídicas (medicina defensiva), y entre las condiciones salariales de este estamento y el médico existe un *gap* muy acentuado, por lo que esta disciplina ha perdido adeptos/as en Alemania.

Hay que señalar que sólo el 7.1% de los médicos bávaros son médicos generales o de familia, mientras que en Castilla y León lo es el 36.1%. La mayor oferta de plazas y las relativamente buenas condiciones económico-laborales de estos especialistas en relación con sus colegas de otras especialidades, puede explicar este fenómeno en España. En Alemania, las diferencias salariales entre generalistas y otros especialistas son más acentuadas y esto hace que menos licenciados se inclinen hacia esa especialidad, aparte de otros factores (menor prestigio, aislamiento geográfico, etc.).

Déficit de médicos

La edad media de médicos es similar en ambas regiones y las edades de jubilación son similares en ambas regiones, si bien la situación de déficit de profesionales es algo menos “grave” en Baviera que en lo que se augura en Castilla y León y en España.

La situación deficitaria de facultativos ocurre en más países de Europa, y la problemática se debate en diversos foros europeos. Si bien España goza de una de las mayores densidades de médicos por habitante, y también la región de Castilla y León, y de Baviera en Alemania, en Europa la situación de precariedad se debe buscar en otras causas, sobre todo cuando en países

como Austria, Francia o EEUU, con densidades menores, se habla menos de dicha infraprovisión.

Una de las causas de la falta de reemplazo, sobre todo en áreas rurales, es la evolución etaria de los médicos, que en pocos años se jubilarán. Por ejemplo, el 75% de todos los facultativos y psicoterapeutas de Baviera tienen más de 45 años, y en atención primaria más de 55 años.

Las duras jornadas laborales, de más de 50 horas semanales sin guardias, la política de disuasión emprendida en los años 90 por parte de los políticos y la Agencia Federal para el Empleo^{CXXVI}, promulgando alternativas en el extranjero y en otros sectores y advirtiendo del posible desempleo masivo de médicos, junto con las dificultades burocráticas y económicas para el establecimiento y mantenimiento de una consulta, así como un aislamiento geográfico en determinadas zonas, han contribuido en gran parte al actual déficit de algunos facultativos en Alemania, que emigran a otros países (EE.UU., Reino Unido, Escandinavia, Suiza).

Para interpretar estos datos con cierta coherencia cabe señalar que el déficit de provisión se produce sólo en algunos sectores y en determinadas áreas geográficas (zonas rurales o con pocos servicios), mientras que en otras existe sobreprovisión relativa (grandes centros urbanos o turísticos).

A pesar del crecimiento del número de médicos, éstos se colocan cada vez más en la industria, en la Administración no asistencial o en el extranjero, por lo que para los años venideros queda por ver si la cobertura se garantiza con los estándares actuales.

^{CXXVI} La Agencia Federal para el Empleo es la Oficina o Instituto Nacional de Empleo.

La potenciación del “modelo de médico de cabecera” por parte del Ministerio de Sanidad alemán en general y el bávaro en particular, sobre todo como medida de ahorro de costes y como mejor aprovechamiento de recursos, puede ayudar a sufragar esta situación de escasez de médicos de cabecera (*Hausarzt*).

La asociación de médicos de Baviera (*Kassenärztliche Vereinigung Bayern, KVB*) ha respondido frente a la precariedad de médicos de cabecera creando una “cátedra-fundación” en Múnich para la potenciación de la atención primaria. Además los agentes regionales de la asociación de tarificación (TdL) han pactado con el mayor sindicato médico nacional *Marburger Bund* incentivos salariales para atraer a facultativos^{CXXVII}. Estos incentivos de unos 150 a 200 euros mensuales para médicos generales hospitalarios son modestos, de momento.

Las cajas aseguradoras vierten otra luz y prevén una explosión de los costes, dada la sobreoferta de médicos.

En España el debate existe en diferentes foros y para 2015 y 2025 se prevén dos grandes remesas de jubilaciones.

La asimétrica distribución geográfica de médicos es similar a la alemana, con zonas rurales infradotadas. A pesar de la gran dispersión geográfica de Castilla y León, los tiempos de acceso a un centro asistencial son similares a los de Baviera (menos de 15 minutos en promedio).

^{CXXVII} Marburger Bund: Asociación que representa los intereses sindicales, profesionales y políticos de los médicos contratados y funcionariales en Alemania. Consta de representaciones en cada *Land*.

Las estadísticas a veces no discriminan suficientemente los parámetros y muchos médicos licenciados que trabajan en otros sectores o países no están registrados siquiera, ni en España ni en Alemania, si bien no suelen constituir un porcentaje importante (menos del 3%).

En Alemania la previsión de déficit de médicos ha sido algo mayor, gracias a una organización y regulación mejor. La planificación de la provisión de facultativos está regulada por ley federal, (Código social, libro V, Ley de seguro de enfermedad), al igual que el grueso de la organización de la sanidad alemana pública. En su capítulo 5 se refiere al Consejo consultivo para la evaluación del desarrollo del sistema sanitario (dotaciones RR.HH., materiales).

En Alemania se define como “déficit de médicos” a aquella situación en la que hay menos del 75% del estándar definido para médicos generales y menos del 50% para especialistas¹¹⁵. Si la relación habitantes/médico de la especialidad correspondiente es superior al 110% del valor fijado, no se admiten nuevos establecimientos de consultas concertadas (Niederlassungen).

Los niveles de “necesidad” se ajustan a las reglas de planificación —la planificación es “en cascada”, de arriba abajo (de nivel federal a nivel regional)— definidas por comités, en función de la población, la especialidad y el tipo de región. Los comités están conformados por las asociaciones regionales y locales de médicos (KV) y los órganos directivos de las KK del Land^{CXXVIII}. Usan estándares de población (último censo en 1987; nuevo censo previsto para 2011, según se aprobó en el parlamento alemán en 2006), que

^{CXXVIII} SGB V §71, 100

posteriormente son aprobados por el Ministerio Federal de Sanidad. Si hay sobreoferta de profesionales, es decir, un 10% más del “estándar necesario”, se bloquea el número de entradas posibles (restricción en las licencias de establecimiento de consulta concertada (Niederlassung). Las previsiones se realizan cada 5 años.

Para Baviera se prevé, en términos globales, un abastecimiento suficiente de facultativos hasta el año 2010, aun teniendo en cuenta la mayor demanda previsible debido al envejecimiento y crecimiento de la población. Los déficit se ciñen a determinadas áreas geográficas, especialmente en el centro y este de Baviera, donde muchos pacientes se quejan de las largas distancias hasta su médico de cabecera^{CXXIX}. La zona sur, especialmente la más turística, es la mejor dotada. Zonas de la frontera con Chequia y la antigua RDA tienen hasta un 50% menos médicos por 1000 habitantes que las zonas mejor dotadas¹¹⁶. En zonas urbanas y “atractivas” existe cierta sobreprovisión y en algunas zonas rurales hay peligro de falta de reemplazo, sobre todo de médicos generales.

Para prevenir la escasez de facultativos de cabecera, la asociación de médicos de Baviera (KVB) promueve la formación para médico de familia en las cinco facultades de medicina que hay en Baviera: Wuerzburg, Erlangen, Múnich, Regensburg, Augsburg. La KVB también ha establecido contratos de cooperación con hospitales para tal fin, y ha elaborado portales de internet para la formación continuada.

^{CXXIX} Datos según diversos análisis por parte de la Cámara de médicos de Baviera (BLÄK), y las 5 universidades del *Land*

La evolución del número de facultativos desde el año 1985 hasta el año 2004 ha experimentado un incremento de casi 2000 médicos por quinquenio, que corresponde a casi un 1,5% anual aproximadamente, aunque a partir de 2004 esta tendencia se ha detenido y, respecto a médicos de familia y rurales, las cifras son estables desde 1995. Esta situación se produce a pesar de que desde el año 1997 hasta 2005 el crecimiento poblacional bávaro^{CXXX} supuso un 3,5% y el de facultativos un 12,28%. La mayoría de nuevos licenciados se inclinan hacia una especialidad diferente a la de médico de familia.

La Organización Médica Colegial (OMC) de España presentó en 2008 su mapa de profesionales utilizando los datos de colegiación. Deduce que no hay déficit de sanitarios, sino una desigual distribución por servicios, regiones, épocas del año y especialidades (por ejemplo, exceso de pediatras en áreas urbanas con población envejecida, escasez en épocas vacacionales). Estima que hasta 2026 el equilibrio entre jubilaciones y reemplazo está garantizado. Hay CCAA que presentan el doble número de especialistas/habitante que otra¹¹⁷. El fenómeno de la emigración de profesionales médicos se produce igualmente en nuestro país y unos 900 médicos abandonan España cada año¹¹⁸.

En España se asiste especialmente a un déficit de médicos de familia y de algunas especialidades como anestesiología, traumatología, pediatría y otros. Igual que en Baviera, existe una asimetría del número de facultativos por especialidades y áreas geográficas. También se observan escasez en épocas vacacionales, más concentradas en un mismo período que en Alemania.

^{CXXX} Bayerisches Aerzteblatt SPEZIAL, enero 2007.

Siendo Castilla y León la CA con mayor número de médicos/1000 habitantes, también aquí existe cierto déficit en determinadas regiones y especialidades, aunque la situación es menos acuciante.

Castilla y León, al situarse cerca de Portugal, que ofrece mejores condiciones económicas, ha sufrido también cierta fuga de médicos en los últimos lustros hacia el país vecino, si bien actualmente se observa un regreso, al haber mejorado las condiciones económicas en toda España. El Reino Unido y países escandinavos siguen siendo los destinos más solicitados por médicos que abandonan España.

En algunas zonas de España la imperiosidad de cubrir determinadas zonas y especialidades ha generado que se esté acortando la demora que hasta hace pocos años suponían las convalidaciones de títulos extranjeros, especialmente de médicos latinoamericanos y últimamente también de países del este. Esta tendencia, e incluso la de conceder el título de especialista sin reunir todos los requisitos legales, es una situación que en Baviera o Alemania no se ha producido hasta el momento, aunque siempre existen excepciones.

Las fórmulas de gestión modernas y de contrataciones más flexibles están ganando terreno muy lentamente en Castilla y León. En Baviera los tipos de contrataciones son más flexibles, más parecidas a las de la empresa privada.

Actividad

Baviera presenta casi dos veces más altas hospitalarias por habitante que Castilla y León, a pesar de una frecuentación de servicios hospitalarios similar, incluso un 8% menos que Castilla y León. Esto refleja una mayor tasa de ingreso en Baviera, explicable por una casuística más grave, y/o que el usuario bávaro hace otra utilización de las urgencias del hospital en comparación con el paciente castellano leonés. Los bávaros visitan su médico 14 veces al año, frente al 9% de los castellano leoneses, lo que refleja en alguna medida que el interlocutor en Baviera es más veces el médico de consulta y no el del hospital.

Por otro lado, Baviera opera el doble por habitante que Castilla y León. La mayor dotación de recursos materiales en Baviera, junto con un sistema de reembolso a los proveedores por acto médico, incita a una mayor actividad, que explica a su vez, al menos en parte, la no existencia de listas de espera quirúrgica en Alemania.

Se observa que en las CCAA españolas con alta presencia de centros privados (Baleares, Cataluña, Madrid y Navarra), el número de intervenciones/habitantes es mayor que en las que existen menos centros privados/habitante, lo que demuestra que el pago por acto, que aplican las aseguradoras privadas que operan en España, parece fomentar una mayor actividad *per se*. En Alemania, donde existe el mismo sistema de retribución por parte de las cajas de enfermedad a las consultas concertadas/privadas y a los hospitales, sucede lo mismo. Muchas operaciones en Alemania se realizan de forma ambulatoria, por tanto en consultas concertadas que cobran por acto. A veces la indicación médica de una operación puede estar “sesgada” por un mayor afán de lucro, inclinándola hacia una actitud “menos conservadora”.

Reflejo de esto puede ser el hecho de que en Baviera se colocan 315 y en Castilla y León 80 prótesis de cadera por 100.000 habitantes.

En el hospital alemán público, al igual que en España, el facultativo es retribuido con un sueldo, que no varía con una mayor actividad, si bien los jefes de servicio tienen poder para negociar directamente con las cajas y percibir partidas de dinero directamente de ellas, de modo que puede estimular a su equipo para realizar una mayor actividad a cambio de un reparto (voluntario) intraservicio de los cobros.

El pago exclusivo mediante un sueldo fijo por el mero cumplimiento de un horario, sin medir el rendimiento, puede incitar a una menor actividad, como sucede en algunos casos.

Por otra parte el horario de trabajo rutinario, sin guardias ni peonadas, en Alemania *de facto* es de 40 a 60 horas semanales, lo cual acaba redundando también en una mayor actividad.

Respecto a la intervención quirúrgica “cesárea”, la tasa es menor en Baviera, casi la mitad que en Castilla y León. Las causas de una mayor tasa de partos por esta vía son variadas (programación de una fecha de parto deseada por parte de la madre o del profesional y mayor beneficio económico para la clínica, si es privada. Muchas parturientas escogen en España clínicas privadas por un supuesto “mejor confort” y una “mayor privacidad”).

Los programas de vacunación son más exhaustivos en España en cuanto a porcentaje de población infantil vacunada. Los casos autóctonos de enfermedades transmisibles inmunoprevenibles son más escasos en Castilla y León que en Baviera, gracias a la buena adhesión a los programas de

vacunación. Baviera se ha dado cuenta de los inconvenientes de la no vacunación –aparición de brotes de sarampión y de otras enfermedades importadas, que rompen en alguna medida la inmunidad de rebaño. Por ello está fomentando nuevamente la política de vacunación.

Calidad

Cobertura:

España lleva más de 20 años de ventaja respecto a Alemania en la universalidad de la cobertura de asistencia sanitaria. Desde 1986 la cobertura universal está anclada en la Ley (LGS 14/1986) como derecho de ciudadanía. La última reforma sanitaria de Alemania de 2007 (GMG) ha respondido a este compromiso, en aras de cumplir al máximo el principio de solidaridad y no en última instancia, de coste-efectividad.

Sin embargo, las divergencias comienzan en las proporciones de los copagos, donde España y Castilla y León llevan clara ventaja para el usuario, que tiene acceso gratuito a prácticamente todas las prestaciones, transporte sanitario, estancia hospitalaria.

Alemania y Baviera participan en casi todas las prestaciones con un copago de 10 euros. La gratuidad de fármacos para pensionistas no tiene en España en cuenta la cuantía de pensión o patrimonio. En Alemania el copago es igual para todos, por lo que el mecanismo de graduación de acuerdo al poder adquisitivo tampoco queda garantizado. En ambos casos el menos pudiente es quien más sufre la carga, pero en España el más pudiente, al menos, se libra de ella.

En España se discute frecuentemente la opción de introducir el copago para la asistencia sanitaria, a semejanza de Francia (2€) o Alemania (10€), pero de momento nadie se ha atrevido a materializar tal medida; quizás por no querer vulnerar el principio de universalidad y gratuidad de los servicios sanitarios.

Además, la continuación del incremento de costes para el sistema en Alemania, a pesar de su introducción en 2004, demuestra que no es la medida más efectiva contra la explosión de costes. Tal vez tendría en España un efecto disuasorio, sobre todo en las urgencias de hospitales, que en más del 60% atienden a casos no urgentes.

Alemania tiene regulada la exención de copago en pocos casos (menores de 18 años y partos con riesgo), algo escaso teniendo en cuenta urgencias vitales o personas al borde de la pobreza, que no quedan exentos.

También el pago en Alemania de 10 euros por día de estancia hospitalaria sería una medida muy poco popular en España, al menos a priori.

La salud es lo más importante para los ciudadanos españoles, según reflejan los barómetros sanitarios y la vivienda ocupa el segundo lugar.

En España, gran parte de la ciudadanía asume como algo normal el endeudamiento por una hipoteca para una vivienda durante muchos decenios, mientras que en su conciencia está muy arraigada la idea del derecho a una sanidad gratuita, por la que no debe pagarse más allá de lo incautado vía impuestos o cotizaciones, y menos endeudarse. Es presumible que si un Gobierno dedicara partidas presupuestarias, vía impuestos o vía cotizaciones, a la oferta gratuita de viviendas, los ciudadanos acabarían percibiendo esa

circunstancia como un “derecho” sin sobrecoste admisible, semejante al de la atención sanitaria.

El sentimiento de “derecho” de los ciudadanos a la protección de la salud hace muy difícil plantear a la población medidas de copago más allá de las ya existentes (recetas médicas para no pensionistas). Al ciudadano es difícil hacer ver que ese “derecho” no es un derecho fundamental, sino un principio rector que se desarrolla de acuerdo a la Ley. Además, en esa Ley, que es la LGS 14/1986, la expresión de “universalidad” y “gratuidad” de la asistencia sanitaria como “derechos” (Art. 1.2. y 1.3.y Art. 3.2.), no encuentra ninguna referencia recíproca de peso en cuanto a “obligaciones” o “deberes”, más allá del Art.11, en el que, entre los 3 apartados, no se refleja en ningún momento el término de aportación económica^{CXXXI}. En el epígrafe de derechos, sin embargo, se encuentran nada menos que 15 puntos.

Nuevos copagos en España podrían contribuir a la descongestión de las consultas de urgencias y de los puestos de atención continuada. Una cuantía razonable no debe mermar la calidad del sistema ni crear bolsas de desatendidos, debiendo preservarse el principio de cohesión y solidaridad.

Una pérdida del pudor frente a la expresión de los costes del sistema, mediante campañas del Ministerio de Sanidad pertinentes, y una mejor

CXXXI Art.11 de la LGS: Serán obligaciones de los ciudadanos con las Instituciones y organismos del sistema sanitario:1.Cumplir las prescripciones generales de naturaleza sanitaria comunes a toda la población, así como las específicas determinadas por los servicios sanitarios.2.Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las Instituciones sanitarias.3.Responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el sistema sanitario, fundamentalmente en lo que se refiere a la utilización de servicios, procedimientos de baja laboral o incapacidad permanente y prestaciones terapéuticas y sociales. (4. *Firmar el Alta voluntaria...*, derogado por 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.)

formación de los administrativos para el cobro de copagos y de facturas completas a pacientes sin seguro (especialmente extranjeros de países con recursos y/o convenios), podría ayudar a controlar los costes y, en ocasiones, disminuir la presión asistencial. Existen avances en este sentido. Todo ello sin perder el principio de solidaridad, para cuya conservación sería necesario escalonar el copago de manera que el rico apoye al pobre.

Figura 136: Modelo de escalonamiento del copago

CONDICIÓN			NIVEL DE COPAGO	Factores condicionantes para la CATEGORIZACIÓN DE COPAGO
Rico	joven	sano	+++++	Edad: no debe ser factor condicionante
Pobre	joven	sano	+	
Rico	anciano	sano	+++++	Riqueza: proporcional ascendente (paga más quien más tiene)
Pobre	anciano	sano	+	
Rico	joven	enfermo	+++++	Estado de salud: no debe ser factor condicionante
Pobre	joven	enfermo	+	
Rico	anciano	enfermo	+++++	Prevención: proporcional descendente (paga menos quien más previene)
Pobre	anciano	enfermo	+	

Fuente: Elaboración propia. Leyenda: el nº de "+" indica la magnitud relativa del copago propuesto

Con el tiempo se facilitarían la asunción y aceptación de la introducción del copago por parte de los usuarios.

Es cierto que si se paga por acto, gran parte del gasto puede ser inducido por el propio facultativo, ya sea por ser cada vez más adicto a la medicina defensiva o por afán de lucro. Determinar si una reducción de la demanda compensaría el crecimiento de la medicina defensiva, es aún difícil.

Hay quien opina que lo único que se consigue es *trasladar* el gasto, no reducirlo, si bien parece que este “traslado” sería mínimo y en todo caso debe ser asumible por el usuario¹¹⁹.

La bonificación al usuario por adoptar actitudes y comportamientos saludables es una medida que en Alemania está teniendo una buena respuesta y sería deseable introducir en España con mayor incentivo.

Accesibilidad

La accesibilidad en Alemania a los centros sanitarios de forma libre es prácticamente completa; se puede acudir, previa cita, a cualquier especialista en todo el territorio nacional y este es uno de los aspectos mejor valorados. Los tiempos de acceso son, tanto en Baviera como en Castilla y León, similares: unos 15 minutos.

En Alemania se tiene la ventaja de poder escoger el hospital y en algunos casos incluso el cirujano^{CXXXII}.

El modelo de médico de cabecera tiene ventajas para el *sistema* porque ahorra costes, por ello Alemania lo va copiando, pero al *usuario* a veces le supone un trastorno, especialmente en los casos en que la derivación al especialista vaya a ser evidente.

^{CXXXII} El fomento en Alemania, desde la reforma sanitaria del seguro estatutario de enfermedad (*GKV-Gesundheitsreform*) en el año 2000, de la adhesión al modelo de “médico de cabecera” como filtro hizo que desde 2004 se introdujera, entre otras medidas, el copago de 10 euros/cuatrimestre por visita directa de un especialista, como medida disuasoria y ahorradora de gastos —un especialista cuesta a las KK más que un generalista—. Si se es derivado a un especialista por el médico de cabecera, uno queda eximido de este copago. Como contrargumento, esta medida disuasoria puede acarrear la desventaja de obligar al paciente a pasar por más filtros, con la consecuente demora de la resolución de su problema y, por ende, un incremento posterior de costes.

En España la puerta de entrada es el médico de cabecera, con alguna opción de cambio de éste dentro del área asignada. Menor opción tiene el usuario para elegir el especialista o el hospital. Esto frecuentemente se valora negativamente, sobre todo si no hay empatía con el médico asignado o si la competencia del mismo está cuestionada.

Los asegurados en el SPE tienen ciertas preferencias que valoran positivamente, generalmente por cuestiones de confort o mayor confianza en el profesional (basada en términos de prestigio o renombre, generalmente de catedráticos o jefes de servicio) y a veces por una asignación más rápida de la cita, hecho generalmente inducido por el propio médico, que prefiere atender a asegurados privados porque sus aseguradoras pagan algo mejor -estas diferencias quedan limadas con la última reforma de 2007, donde se unifica y simplifica el sistema de reembolso (GOÄ)-.

La libertad de elección del profesional podría reflejar, a la postre, qué profesional es mejor aceptado o requerido que otro, y esto, si se establecen paralelismos con los resultados de salud, podría servir para medir la calidad asistencial, definir criterios y baremos de adecuación del profesional a su profesión, y descubrir los puntos que realmente valoran los interesados, es decir, los usuarios o pacientes. Así se podrían diseñar programas de mejoras a medida.

Tiempo de respuesta

Una de las mayores diferencias entre ambos sistemas son los tiempos de respuesta, especialmente para la asignación de citas para consultas o para

operaciones quirúrgicas, que en España se multiplican por tres o por cinco o más. En nuestro país las listas de espera son el aspecto peor valorado en la sanidad pública. Se han realizado esfuerzos en los últimos años y Castilla y León ha avanzado de forma considerable, ofreciendo la garantía de plazos de 130 días para cirugía y 30 días para cirugía oncológica y cardiaca no valvular.

En España el cómputo de las listas de espera por CCAA no es del todo homogéneo, y a veces las cifras se maquillan deliberadamente, para generar un panorama que sirva para presionar a los financiadores, el Estado o las CCAA.

Una vez recibida la cita, los tiempos de espera en las consultas son parecidos en ambas regiones, por lo que el cuello de botella se encuentra en la parte de meso- o macrogestión.

La cobertura, ya universal, la alta capacidad hospitalaria, la libre elección de profesionales y hospitales a nivel nacional, la extensiva cirugía mayor ambulatoria, junto con el amplio horario laboral en hospitales o consultas (8 a 14 horas/día) y el mecanismo retributivo de pago por acto o servicio, pueden explicar la ausencia o casi-ausencia de listas de espera en Alemania, si bien tiene un coste elevado para el sistema.

La estancia media como indicador de resultado es similar en ambas regiones, y ha bajado de forma importante en ambas regiones en las dos últimas décadas, de 14 días a 8,6 días en el caso de Baviera y de 11 días a 8 días, en el de Castilla y León. Si ajustamos esta estancia por procedimientos,

Castilla y León gana de forma notoria en procesos tan frecuentes y relevantes como neumonías, fracturas de cadera e infarto agudo de miocardio^{CXXXIII}.

El perfil del usuario en cuanto edad y patologías no difiere mucho entre ambas regiones, pero las diferencias, si bien mínimas, son significativas.

La ambulatorización de la asistencia, la perentoriedad de la optimización de recursos y la evidencia del riesgo que supone para el paciente una prolongación de la asistencia (infección nosocomial, iatrogenia, accidentes) explican la progresiva disminución de este indicador. Tanto pacientes como gerentes se congratulan de una estancia media óptima mínima, y este hecho se observa por igual en ambas regiones.

Resultados de salud

Todo lo anterior no tiene sentido si no se relaciona con los resultados finalistas, que en definitiva son los resultados de salud.

Observamos que los indicadores clave del estado de salud y la valoración subjetiva del usuario del sistema sanitario no siempre son directamente proporcionales a los valores de otros indicadores de tipo económico o de actividad.

Castilla y León tiene una ligera mayor esperanza de vida, si bien ésta está influenciada por otras variables no medidas en este estudio (estilos de vida, genética, factores sociales, sanidad ambiental).

^{CXXXIII} Estancia media por procedimientos (en días): Baviera: neumonía (10,6), infarto agudo de miocardio (9,7), fractura de cadera (23). Castilla y León: neumonía (10), infarto agudo de miocardio (8), fractura de cadera (13).

Las tasas de mortalidad bruta y ajustada por edad, así como la tasa de mortalidad infantil es muy ligeramente menor en Baviera que en Castilla y León, sin que estas diferencias sean estadísticamente significativas. La tasa de mortalidad materna es igual y las tasas de mortalidad por causas son variables.

Por ejemplo, por enfermedades metabólicas y endocrinas, la menor tasa de Baviera podría atribuirse a un mejor programa de control, aunque sin perder de vista la idiosincrasia propia de los ciudadanos, más o menos proclives a llevar estilos de vida saludables. Por otra parte, los datos no son del todo homogéneos, dado que las cifras para Baviera son del año 2007 a las de Castilla y León del 2002, publicadas en 2005. Posiblemente en un lustro las cifras puedan haber mejorado.

En los hombres las neoplasias son la primera causa de muerte en Castilla y León, mientras que en Baviera lo son las enfermedades cardiovasculares. El resto del orden de causas por sexos es superponible. Es muy difícil extrapolar las causas a partir de estos datos crudos; el tabaquismo es considerado una de las principales causas del cáncer, pero este hábito es algo superior en Baviera que en Castilla y León; estratificado por edades, el hábito está más extendido entre hombres mayores castellano leoneses que en hombres mayores bávaros. Esto podría explicar, en parte, la mayor mortalidad por neoplasia (de pulmón) en hombres castellano leoneses de estas edades.

Las tasas de supervivencia al cáncer también son muy similares en Baviera y en Castilla y León, reflejo de buenos programas de atención al paciente oncológico, donde también habría que valorar las medidas de apoyo social, atención a domicilio y cuidados paliativos.

Considerando el conjunto de causas, Baviera obtiene, de forma significativas, mejores resultados en el indicador “Años potenciales de vida perdidos” (APVP). Este indicador es muy robusto, y refleja la importancia de una determinada causa de muerte, cuantificada en años que se pierden por una muerte prematura, siendo una de las herramientas útiles para dar prioridad a las necesidades y recursos. Por causas específicas los resultados son variables según el género y las causas específicas. Para la causa de muerte más frecuente en ambos sexos, la enfermedad cardiovascular, Castilla y León lleva unos dos años (APVP) de ventaja respecto a Baviera. Otros factores distintos del sistema de atención sanitaria pueden jugar un papel en este resultado. A menor APVP existe mayor supervivencia y, extrapolando, una mejor atención al paciente.

Esta mejor atención significa, a su vez, la aplicación de buenas prácticas en cuanto a la implicación del *ciudadano* en general en el mantenimiento de su propia salud, no sólo al *paciente*¹²⁰.

La base de esta afirmación es que el 80% de la morbilidad son enfermedades crónicas, el 70% de esta morbilidad son enfermedades evitables y que se puede retrasar la aparición de la cronicidad mediante la puesta en marcha de programas que implican la participación activa del ciudadano (autocuidado), como elemento coste-efectivo.

La variabilidad geográfica de los años potenciales de vida perdidos depende de factores difícilmente valorables como causales, al tratarse de resultados agregados geográficamente. Así como en Baviera coinciden peores

índices de APVP con las zonas más deprimidas económicamente, en Castilla y León no sucede lo mismo.

Otros indicadores como la tasa de infección nosocomial, mejor en Baviera que en Castilla y León, influyen en la calidad asistencial y, a la postre, en los resultados de la asistencia sanitaria.

El barómetro sanitario refleja de forma más clara la impresión que el sistema sanitario causa en los usuarios, la razón de ser última del mismo. Castilla y León sale vencedora en el cómputo global.

Tal vez el ciudadano castellano leonés medio es (todavía) más complaciente o indulgente que el bávaro con los posibles defectos del sistema.

En algunos puntos concretos Baviera obtiene mejores valoraciones, como es la libertad de elección del profesional y la calidad global de la asistencia. Lo que más se critica es el coste económico que supone para el usuario y el temor al desarrollo de una medicina de primera y segunda clase (discriminación que los asegurados del SEE sienten frente a los del SPE).

Castilla y León premia especialmente la Atención Primaria y la calidad asistencial, si bien echa en falta más información sobre programas preventivos y una mejor logística administrativa, y listas de espera más cortas.

Resumiendo podríamos reseñar los siguientes aspectos de ambos sistemas sanitarios:

Figura 137: Comparación entre los sistemas sanitarios de Baviera y Castilla y León

	Baviera	Castilla y León
Gasto sanitario	++++	+++
Gasto farmacéutico (% del Gasto sanitario)	++	++++
Recursos materiales/hab.	++++	++
Médicos/hab.	++++	+++(+)
Enfermeras/hab.	++	++++
Actividad quirúrgica	++++	++
Utilización del sistema	++++	+++
Copago	+++	+
Libertad de elección del profesional	++++	++
Accesibilidad al centro de salud	++++	++++
Lista de espera para cita en consulta	+	+++
Lista de espera quirúrgica	-	++++
Estancia media	++++	++++
Tasa de Cesáreas	++	++++

Inmunización de la población	+++(+)	++++
Esperanza de vida	+++(+)	++++
Tasa de mortalidad infantil	++++	++++
Tasa de mortalidad materna	++++	++++
APVP global	++++	+++(+)
APVP por causas más frecuentes	+++(+)	++++
Satisfacción del usuario externo	+++	++++
Satisfacción del usuario interno	+++	+++

Fuente: Elaboración propia. Leyenda: el número de + cuantifica la bondad del indicador

5.1. ANÁLISIS DAFO

5.1.1. Baviera

DEBILIDADES

- Sistema caro
- Poca flexibilidad para cambiar de aseguradora (hasta 2007)
- Alto grado de burocracia
- Prestaciones fijas (limitadas) en el SEE, que únicamente cubre lo establecido por el G-BA

FORTALEZAS

- Cobertura universal desde 2007
- Gran dotación de recursos materiales (camas, tecnología, médicos)
- Alta inversión (Gasto sanitario público: 11% del PIB)
- Buena y homogénea red sanitaria
- Alto grado de aceptación del sistema
- Mejora de la equidad al introducir una cuota única
- Solidaridad: Compensación de cajas por estructura de riesgo

- Recomendaciones federales (STIKO del RKI; G-Ba: vacunas, catálogo de prestaciones)
- Estudios de evaluación económica de tecnologías y fármacos con dictámenes vinculantes (IQWiG)
- Coordinación de actuaciones sanitarias de los Länder: Conferencia de Ministros y senadores de Sanidad de los Länder (GMK)
- Libre elección de profesionales
- Control presupuestario de hospitales
- Escasa lista de espera
- Sistemas de información homogéneos
- Acreditación obligatoria de formación continuada
- Verdadera representación del colectivo médico por parte de las LÄK, con cuotas escalonadas en función del interés particular del médico

AMENAZAS

- Desigualdad (inequidad) por copagos
- Desigualdad por mejores servicios de SPE frente a SEE
- Privatización no suficientemente controlada (medicina de 1ª y 2ª clase)
- Sostenibilidad cuestionada por incremento de costes

- Empeoramiento de indicadores de salud para los económicamente débiles en prestaciones no subvencionadas (bucodental, otras)
- Hiperactividad y clasificación artificial de pacientes a grupos de isoconsumos más caros: debido al pago por actividad y por GRD
- Deserciones de médicos por escaso incentivo económico y la elevada carga de trabajo

OPORTUNIDADES

- Mejorar la eficiencia
- Uso más racional de servicios sanitarios. Gestión por procesos
- Optimización del modelo de “Médico de cabecera”
- Creciente flexibilización del sistema, en organización y servicios
- Mejorar los estilos de vida

5.1.2. Análisis DAFO Castilla y León

DEBILIDADES

- Poca experiencia en gestión privada
- Poca libertad de elección del médico/hospital
- Duplicidad de aseguramiento
- No obligatoriedad de acreditación de formación continuada
- Escaso protagonismo efectivo de colegios profesionales
- Listas de espera
- Ser pensionista no es buen criterio de exención de copago
- Elevado gasto farmacéutico
- Catálogo de prestaciones heterogéneo con otras CCAA
- Heterogeneidad en sistemas de información
- Escaso incentivo para el profesional, pago por salario por categoría profesional, no por rendimiento
- Escaso control presupuestario de hospitales

FORTALEZAS

- Gratuidad
- Buena red sanitaria
- Alto nivel tecnológico
- Mejor control de la remuneración del personal
- Alto grado de equidad en atención primaria
- Potente modelo de “médico de cabecera”
- Alta o muy alta satisfacción del usuario

AMENAZAS

- Difícil sostenibilidad del sistema
- Abuso de la gratuidad del sistema
- Medicina de 1ª y 2ª clase en las diferentes CCAA
- Peores indicadores de salud para los que no pueden sufragar las prestaciones no cubiertas (bucodental)
- Desigualdad (inequidad) por copagos desiguales (ricos no pagan, pobres pagan)
- y privatización no suficientemente controlada (medicina de 1ª y 2ª clase)
- Sostenibilidad cuestionada por incremento de costes

- Escasa coordinación con el resto del país
- Empeoramiento de indicadores de salud para los económicamente débiles en prestaciones no subvencionadas (bucodental, otras)
- Escasa productividad por escaso estímulo por consecución de resultados
- Deserciones y desmotivaciones de los profesionales por escaso atractivo salarial
- Perversión del sistema por rendir más en las peonadas que en la jornada ordinaria

OPORTUNIDADES

- Mejorar la eficiencia
- Cobertura homogénea de servicios y prestaciones a nivel nacional
- Uso más racional de servicios sanitarios
- Gestión por procesos
- Mejorar el control del gasto hospitalario (GRD controlado)
- Incentivar a profesionales por obtención de resultados
- Remuneración por rendimiento
- Implicar e incentivar al usuarios
- Valorar copago sostenible

- Mejorar y homogeneizar los sistemas de información
- Incluir la atención bucodental en el catálogo de prestaciones cubierto
- Adhesión a medidas preventivas ahorra costes
- Uso racional de servicios sanitarios: educación sanitaria
- Creciente flexibilización del sistema, en organización y servicios
- Aumentar la posibilidad de libre elección del profesional y hospital
- Auditorías de calidad obligatorias en todas las instituciones públicas y privadas
- Potenciar el consejo interterritorial del sistema nacional de salud
- Crear institución IQWIG like
- Modernizar la estructura y función de los colegios de médicos y adaptarla a los verdaderos intereses de los médicos.

5.2. PROPUESTA DE MODELO SANITARIO

Gestión y organización

- Mantener la cobertura universal (pueblo sano, pueblo productivo)
- Homogeneizar la red sanitaria en todas las áreas geográficas para igualar la accesibilidad
- Desligar la organización del sistema sanitario de intereses partidistas y monopolismos autonómicos.
- Involucrar a las entidades privadas en los mismos cánones de compromiso de servicio público y exigir, al menos, los mismos estándares de calidad
- Adaptar los modelos de financiación a la realidad de cada región (crecimiento real natural y migratorio, dispersión geográfica, envejecimiento poblacional y profesional), manteniendo el principio de Solidaridad: Compensación de cajas por estructura de riesgo y fondo de compensación territorial (*“la abundancia de hoy puede ser la carencia del mañana”*)
- Cooperación real y leal entre la Administración Central (Federal) y autonómica (regional), y con las Administraciones de otros Estados
- Coordinación permanente y periódica de actuaciones sanitarias de los *Länder* o de las CCAA

- Potenciar el Consejo Interterritorial del sistema nacional de salud en España como ente eficaz de coordinación
- Catálogo de prestaciones homogéneo en todo el territorio nacional (europeo...) definido por una ley nacional al estilo del G-Ba. Reincluir la atención bucodental en el catálogo de prestaciones cubierto
- Implicar a las Sociedades científicas, Universidades, centros de excelencia y a expertos en la elaboración de protocolos y en la correcta toma de decisiones clínicas
- Copagos escalonados acorde al nivel de riqueza individual
- Introducción de la tarjeta sanitaria electrónica con registro de la historia clínica, y eventualmente también la categoría fiscal para aplicar copagos escalonados
- Mejorar eficiencia, la gestión clínica y la gestión por procesos en todos los ámbitos (A. Primaria y A. especializada)
- Mejorar el control presupuestario y del gasto de hospitales (sistema de GRD más controlado)
- Coordinar e impulsar y agilizar modelos de facturación a compañías y Servicios de Salud extranjeros.
- Mejorar y homogeneizar los Sistemas de información a nivel regional, nacional, europeo, mundial. Implantar la historia clínica electrónica a nivel mundial.

- Optimizar el modelo de “Médico de cabecera”, otorgando más atribuciones al mismo para la resolución eficiente de problemas
- Coordinar mejor la atención primaria con la especializada y mejorar los flujos de información recíprocos
- Racionalizar la dotación de recursos materiales (camas, tecnología, médicos) de acuerdo a las necesidades reales y coste-útiles (más gasto no equivale a mejores resultados de salud)
- Centralización de compras de productos sanitarios de uso común en el ámbito hospitalario y de CCAA.
- Fomentar *centros de servicios compartidos*: facilitar a los centros sanitarios la gestión de aquellos servicios comunes que requieran un gran volumen de trámites administrativos o cuya gestión centralizada permita la obtención de economías de escala, logrando una sensación de red y liberando tiempos a los centros para concentrarse en la asistencia.
- Potenciar el uso de fármacos genéricos y eliminar el período entre la concesión de la patente y el derecho a la comercialización, que actualmente supone tres años.
- Implantar auditorías de calidad obligatorias en centros público y privados
- Flexibilizar más el sistema, en organización, gestión y servicios, pero bajo mandatos de estándar comunes

- Ahondar en las mejoras prácticas, en la cirugía ambulatoria y la hospitalización a domicilio.
- Recomendaciones federales o nacionales en aspectos de salud pública al estilo de la STIKO del RKI
- Estudios de evaluación económica de tecnologías y fármacos con dictámenes vinculantes al estilo de IQWiG, donde participen expertos independientes nacionales o internacionales
- Aumentar la posibilidad de libre elección del profesional y hospital
- Ahondar en las encuestas de satisfacción y programas de mejora continua (tanto para el usuario externo “paciente”, como para el usuario interno “médico”)
- Minimizar las listas de espera, incentivando la disminución de la misma

Profesionales

- Corresponsabilizar al profesional en la sostenibilidad del sistema sanitario, apelando a la correcta y oportuna utilización del mismo.
- Incentivar a los profesionales por las actividades que ayuden a la obtención de resultados deseados (reducción de listas de espera, de la propia demanda asistencial y buenos resultados de salud como disminución de APVP, mejora de la supervivencia y de la calidad de vida)

- Remuneración por rendimiento
- Remuneración y condiciones de trabajo homogéneas y atractivas, que ayuden a fidelizar al profesional en todo el territorio nacional
- Conservar y potenciar (y exportar) el sistema de formación especializada MIR como garante de la calidad homogénea de la asistencia sanitaria en todo el territorio nacional.
- Acreditación obligatoria de formación continuada
- Verdadera representación del colectivo médico por parte de las asociaciones profesionales, con cuotas escalonadas en función de las prestaciones ofrecidas por el colegio profesional
- Permitir fórmulas de contratación más flexibles, más transparentes y atractivas
- Eliminar criterios de afinidades políticas en la selección de personal y valorar únicamente la competencia profesional y técnica

Usuarios

- Evitar duplicidades en el aseguramiento.
- Valorar copago sostenible y gradual de acuerdo a su nivel de riqueza
- Fomentar e incentivar la adhesión a medidas preventivas ahorra costes
- Realizar educación sanitaria y promover estilos de vida saludables

- Corresponsabilizar al paciente de su proceso
- Corresponsabilizar a todos los *ciudadanos* (incluido el paciente) en la sostenibilidad del sistema sanitario, apelando a la correcta y oportuna utilización del mismo.

5.3. CONCLUSIONES

1. La cobertura universal en Baviera y Castilla y León aparece como un decisivo elemento de cohesión social y de ahorro.
2. La legislación de carácter nacional o central del sistema sanitario en Baviera redundante en una mayor homogeneidad geográfica de los diferentes epígrafes regulados y esto presenta a priori ventajas de equidad, coordinación y retrocontrol; sin embargo, no parece ser una condición absolutamente necesaria para alcanzar mejores resultados de salud.
3. En Baviera el copago ha tenido un efecto disuasorio transitorio y no ha demostrado conllevar un menor uso del sistema ni un ahorro real del coste sanitario.
4. El sistema de pago retrospectivo en los hospitales bávaros permite un mejor control del gasto que el sistema de pago prospectivo, que favorece el endeudamiento.
5. En Baviera la mayor utilización del sistema, el mayor porcentaje relativo de médicos especialistas, el menor número relativo de enfermeros, la modalidad retributiva de “pago por acto” que incita a la actividad, y una mayor dotación de tecnologías y de camas, contribuyen a la mayor carestía del sistema bávaro.
6. La mayor efectividad y eficiencia del modelo de “médico de cabecera” hacen que Baviera potencie este modelo.

7. Ambas regiones han experimentado una reducción de su dotación de camas hospitalarias, como resultado de una tendencia creciente a la asistencia/cirugía ambulatoria, y ello constituye una medida de ahorro y acercamiento del sistema al usuario.
8. Entre las dos regiones estudiadas las diferencias en el gasto farmacéutico son superiores a las diferencias en resultados de salud, lo cual manifiesta que existe la posibilidad de un mejor control de aquel.
9. El sistema retributivo “por acto” puede incitar a una mayor actividad y un mayor consumo de recursos, contribuyendo a la carestía del sistema, mientras que el sistema retributivo “por salario” controla mejor el gasto por retribución, pero no discrimina bien entre personal más o menos productivo. Por consiguiente, ninguno de los sistemas tiene fórmulas óptimas para incentivar a los profesionales por consecución de resultados.
10. A pesar de que Baviera dispone de más recursos humanos y materiales, un porcentaje superior de copago y presenta una mayor utilización del sistema, la demanda de asistencia sanitaria no disminuye, no se observan ni mejores resultados de salud, ni una disminución global de los costes, ni una mayor satisfacción global del usuario, si bien no existen listas de espera.
11. Las medidas que “preman” al usuario por adherirse a programas de prevención y a estilos de vida saludables son importantes instrumentos de ahorro.

12. Por otra parte, la incorporación en el catálogo de prestaciones de fármacos, servicios o tecnologías en función de una evaluación económica de coste-utilidad es un valioso instrumento de ahorro.
13. Con el presente estudio, que compara el sistema sanitario de diferentes países en el ámbito REGIONAL, se puede desarrollar una plataforma de intercambio de información entre Castilla y León y Baviera, teniendo en cuenta sus condiciones particulares. De este modo se podría aprender de los ejemplos de buena práctica de cada región, con la posibilidad de exportar e intercambiar los resultados con otras regiones.

6. BIBLIOGRAFÍA

-
- ¹ William Temple. Christianity and social order. Penguin Books (1956)
- ² Salleras L, Prat A, Garrido P. Determinantes de la salud. *Medicina Preventiva y Salud Pública* Piédrola Gil. Edición Masson, 10ª edición, p.222
- ³ Tobar F. Herramientas para el análisis del sector salud. *Medicina y Sociedad*, . Vol.23 nº2, Julio 2000; pág. 83
- ⁴ Guillén-Rodríguez AM. Los sistemas sanitarios públicos europeos y el sistema sanitario público español. Reflexiones. Publicación del Consejo Económico y Social del Principado de Asturias, 15 y 16 marzo 2006, p.33.
- ⁵ Tensiones sociales en el ámbito europeo para adecuarse a la revisión del Estado del bienestar. Revista online del Consell de Treball, Econòmic i Social de Catalunya: Col·lecció Textos i Documents, 14, 1996 págs. 17-20
http://www.larevistactesc.cat/documents/20060629_esadeforum.pdf
- ⁶ Comisión de las comunidades europeas en Bruselas. Libro blanco: Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013), editado por la Comisión Europea el 23.10.2007.
- ⁷ Eurostat. Proyecciones de población de Eurostat. Publicación del Día Internacional de las Personas de Edad, 29 de septiembre de 2006.
- ⁸ The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, healthcare, long term care, education and unemployment transfers (2004-2050), Comité de Política Económica y Comisión Europea (DG ECFIN) 2006, European Economy, Informe especial nº 1/2006
- ⁹ Eurostat. Europa en cifras - Anuario Eurostat 2006-2007.
- ¹⁰ European Observatory on Health Systems and Policies.
http://www.euro.who.int/observatory/about/20020524_23
- ¹¹ The Global Competitiveness Report 2007-2008
<http://www.weforum.org/en/index.htm>

-
- ¹² Euroíndice Laboral IESE-Adecco. IESE Business School.
http://www.iese.edu/es/files/5_30022.pdf
- ¹³ Eurostat. Dispersión del Producto doméstico bruto por habitante.
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
- ¹⁴ Oficina bávara de estadística y procesamiento de datos (Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung).
<http://www.statistik.bayern.de/statistik/bevoelkerungsstand/>
- ¹⁵ Plan Estadístico de Castilla y León 2006-2009. www.jcyl.es
- ¹⁶ III Plan de Salud de Castilla y León. 2008-2012. Depósito legal: VA-1.150/08
- ¹⁷ Proyección de la población 2001-2050. Instituto Nacional de Estadística, INE.
- ¹⁸ La nueva inmigración en Castilla y León. Documento técnico. Consejo Económico y Social. Junta de Castilla y León.
http://www.cescyl.es/pdf/informes/siteys/Documento_tecnico.pdf
- ¹⁹ Extranjeros en España. Boletín informativo del INE.
http://www.ine.es/revistas/cifraine/cifine_ext0605.pdf
- ²¹ Conde-Ruiz JI. Inmigración y Crecimiento Regional en España. Documento de trabajo 2008-08. FEDEA (Fundación de Estudios de Economía Aplicada) y Universidad Complutense de Madrid.
<http://www.fedea.es/pub/papers/2008/dt2008-08.pdf>
- ²² Archivo histórico electoral. Argos, Area de Análisis, estudios y documentación de la Generalitat de Valencia.
http://www.pre.gva.es/pls/argos_elec/DMEDB_elecComunidades.informeElec?aNComuld=08&aVLengua=c
- ²³ Arnold M, Jelastopulu E, Rodilla-Sala E. La reforma sanitaria en Alemania. *Papeles de Gestión Sanitaria*, vol 1, nº 4, 1995
- ²⁴ Busse R. Reform Act of Statutory Health Insurance (SHI) 2000. *Euro Observer* No. 1/2000

-
- ²⁵ La actualidad de Alemania. *Tatsachen über Deutschland*. Editorial Sozietätsverlag, en colaboración con el Ministerio de Asuntos Exteriores de Alemania. ISBN: 978-3-7973-1087-3.
- ²⁶ Organización institucional. Ingesa. Ministerio de Sanidad y Consumo. <http://www.ingesa.msc.es/organizacion/origenes/home.htm>
- ²⁷ Sevilla F. La universalización de la atención sanitaria. Sistema nacional de salud y seguridad social. Documento de trabajo 86/2006. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. <http://www.seg-social.es/stpri00/groups/public/documents/binario/51587.pdf>
- ²⁸ Rodríguez-Vigil Rubio JL. Integración o desmoronamiento. Crisis y alternativas del sistema nacional de salud español. Ed.Aranzadi 2008, p.88
- ²⁹ Guillén-Rodríguez AM. Políticas de reforma sanitaria en España: De la Restauración a la democracia. Instituto Juan March de Estudios e Investigaciones, Madrid 1996, p.274 y ss.
- ³⁰ Freire-Campo JM ,Infante A. Universalización y aseguramiento sanitario en España. *Med Clin (Barc)* 1995; 105: 96-98
- ³¹ Rallo-Julián JR. El patrón oro y la inflación en España (1972-2007). Informe del Instituto Juan de Mariana. Observatorio de coyuntura económica. http://www.juandemariana.org/pdf/071016patronoro_inflacion1972-2007.pdf
- ³² Guillén-Rodríguez AM. Los sistemas sanitarios públicos europeos y el sistema sanitario público español. Reflexiones. Consejo Económico y Social del Principado de Asturias, 15 y 16 marzo 2006, p.34.
- ³³ Freire-Campo JM ,Infante A. Universalización y aseguramiento sanitario en España. Vide supra
- ³⁴ Cronograma con la normativa sanitaria. Normativa sanitaria: línea de tiempo. Consellería de Sanidad de la C.Valenciana. Actualizado en 2006 <http://www.san.gva.es/val/inst/pdf/normativalineadeltiempo.pdf>

-
- ³⁵ Costas-Lombardía E, Fereres J. Lejos de la Realidad, *Diario El País* 29/04/2003.
- ³⁶ Reglamento de Funcionamiento del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo
<http://www.msc.es/organizacion/consejoInterterri/docs/ReglamentoCISNS-23-07-2003.pdf>
- ³⁷ Social Protection in Europe 1997. (Employment & Social Affairs: Social Security and Social Integration). Executive Summary. Comisión Europea 1998. European Communities / Union (EUR-OP/OOPEC/OPECE.
[http://aei.pitt.edu/14798/01/com_\(98\)_243_final.pdf](http://aei.pitt.edu/14798/01/com_(98)_243_final.pdf)
- ³⁸ Mitxelena C. Financiación del sistema de Bienestar. Documento de trabajo 02-16. Septiembre 2002. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). <http://www.iesam.csic.es/doctrab2/dt-0216e.pdf>
- ³⁹ García-Altés A, Borrell C, y otros. Measuring the performance of urban healthcare services: results of an international experience... *J Epidemiol Community Health* 2007;61;791-796
- ⁴⁰ Busse R, Riesberg A. Health care systems in transition: Germany. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
<http://www.euro.who.int/Document/E85472.pdf>
- ⁴¹ El análisis DAFO. Diagnóstico de la Universidad de Cádiz, UCA.
http://www.uca.es/web/organizacion/peuca/docguia04_3_3/?searchterm=DAFO
- ⁴² Asistencia Sanitaria en Centros Concertados.
http://www.salud.jcyl.es/sanidad/cm/ciudadanos/tkContent?idContent=25303&locale=es_ES&textOnly=false
- ⁴³ Resolución de 28 de octubre de 2005, del presidente de la gerencia regional de salud, de revisión de las condiciones económicas aplicables en el año 2005, a la prestación de servicios de asistencia sanitaria concertada en el ámbito de la gerencia regional de salud. Bocyln nº 243, 20/12/2005.

⁴⁴ Gabriel P, Liimatainen MR. *Mental Health in the Workplace*. Organización Internacional del Trabajo, Ginebra, 2000
<http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1224&context=gladnetcollect>

⁴⁵ Eco Salud de la OCDE 2006, Estadísticas e indicadores para treinta países. Libro blanco. Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE, CD-ROM, París, 2006.

⁴⁶ Die Gesundheitsreform (La reforma sanitaria) www.die-gesundheitsreform.de

⁴⁷ Gestión y financiación de la sanidad en Alemania. Consejería de Trabajo y Asuntos sociales de la Embajada de España en Berlín, 2005. Publicación 4/5.
<http://www.mtin.es/es/mundo/consejerias/alemania/publicaciones/Public4/5.pdf>

⁴⁸ Iniesta-García A. Mesa redonda. Sistema sanitario público español. Retos para el futuro. Consejo económico y social Principado de Asturias 15 y 16 mayo 2006.

⁴⁹ Rodríguez-Vigil Rubio JL. Integración o desmoronamiento. Crisis y alternativas del sistema nacional de salud español. Ed. Aranzadi 2008, p.487

⁵¹ Instituto de Estudios Fiscales. Grupo de trabajo de la conferencia de presidentes para el análisis del gasto sanitario. Informe para el análisis del gasto sanitario. Año 2005

<http://www.msps.es/estadestudios/estadisticas/sisinfansns/pdf/igtgs2005.pdf>

⁵² Gasto sanitario por Comunidad autónoma. Ministerio de Sanidad y Consumo
<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/finGastoSanit.htm>

⁵³ Consejo económico y social Principado de Asturias 2006, vide supra

⁵⁴ Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario. Año 2007. Grupo de trabajo de análisis del gasto sanitario. MSC.
<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/finGastoSanit.htm>

-
- ⁵⁵ López i Casanovas, G. Financiación autonómica y gasto sanitario público en España. *Papeles de Economía Española*. nº 76, Madrid 1998. págs. 2-14.
<http://www.fedea.es/pub/eee/1999/eee30.pdf>
- ⁵⁶ Encuesta de morbilidad hospitalaria 1997. Instituto Nacional de Estadística
- ⁵⁷ Molina JA, Herce JA 2000. *Población y salud en España. Patrones por género, edad y nivel de renta*. Documento de trabajo Fedea 2000-21. Madrid.
<http://www.fedea.es/pub/Papers/2000/dt2000-21.pdf>
- ⁵⁸ Iniesta-García A, Mesa redonda. Sistema sanitario público español. Retos para el futuro. vide supra
- ⁵⁹ Simó-Miñana J y col. Gasto farmacéutico en España y en Europa (1995-2002): el "despilfarro" español, un mito sin fundamento. *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI* 2007. Volumen 5 - Número 1 p. 1 - 16
- ⁶⁰ Arnés H. Curso Futuro del modelo sanitario español. Palacio de La Granda, Asturias (Julio 2008)
- ⁶¹ La financiación de los seguros sociales: Alemania (Finanzierung von sozialen Sicherungssystemen). Cuaderno MISSOC INFO 02/2007.
http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/missoc_info_de.htm
- ⁶² Henke KD. Wege zu einer neuen oder aus der Dualität con GKV und PKV. Documento de trabajo (Diskussionspapier) 2007/6. Fakultät VII, Wirtschaft und Management; TU Berlin ISSN 0944-7741
- ⁶³ Zimmermann R, Henke KD. Finanzwissenschaft. Eine Einfuehrung in die Lehre von der öffentlichen Finanzwirtschaft. Editorial Franz Vahlen (Muenchen) 9ª ed.
- ⁶⁴ Arnold M, Jelastopulu E, Rodilla-Sala E. La reforma sanitaria en Alemania. Eficiencia productiva y selección de prioridades. *Papeles de Gestión Sanitaria*, vol.1 nº 4 - 1995, p.29
- ⁶⁵ Wörz M, Busse R. Analysing the impact of health care system change in the EU member states. *Health Economics* 14(S1): 133-149

⁶⁶ Anderson H, Grabka M. Wettbewerb der Krankenkassen. *Public Health Forum* 2005; 48: 14-15

⁶⁸ Wilsford D. Status facing interest: Struggles over health care policy in advanced, industrial democracies. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 1995 20(3):571.

⁷⁰ Henke KD. Wege zu einer neuen oder aus der Dualität von GKV und PKV. Vide supra

⁷¹ Finanztest 02/2007. Private Krankenversicherung: Teures Alter. Stiftung Warentest (Fundación Warentest). http://www.test.de/shop/finanztest-hefte/finanztest_02_2007/

⁷² Informe de contabilidad 2003/2004 de la Asociación de Aseguradoras Privadas (PKV): Zahlenbericht 2003/2004 des Verbands der privaten Krankenversicherung.

<http://www.private-krankenversicherung.de/downloads/zahlenbericht-2003-2004.pdf>

⁷³ Henke KD. Wege zu einer neuen oder aus der Dualität von GKV und PKV. Vide supra

⁷⁴ La nueva reforma sanitaria

www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitsreform/ueberblick/neue_gesundheitsreform

⁷⁵ Bruckenberg E. Krankenhausplanung der Zukunft: Wer bezahlt – wer bestimmt? Conferencia inaugural del Gesundheitskongresses des Westens 2007, 28-29. Marzo 2007 Essen, WISO S.E. Consulting S.A http://www.herzbericht.de/pdf/essen_wiso.pdf

⁷⁶ Rodríguez-Vigil Rubio JL. Integración o desmoronamiento. Crisis y alternativas del sistema nacional de salud español. Ed. Aranzadi 2008

⁷⁷ Relaño-Toledano JJ. Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión de la Dirección General de Cohesión del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, España.

⁷⁸ Guillén-Rodríguez A. La construcción política del sistema sanitario. p.191.
Vide supra

⁷⁹ Ortún V. Organización de los servicios sanitarios en el Estado del bienestar. *La organización de los servicios públicos sanitarios*. Marcial Pons, Ediciones jurídicas y sociales, Madrid. 2001
<http://www.econ.upf.edu/~ortun/publicacions/paper30.pdf>

⁸⁰ Martínez-Conesa I. Tendencias en el análisis del gasto sanitario: Experiencia española y referentes internacionales. Ed. Ministerio de Economía y Hacienda, Instituto de estudios fiscales. Año 2008. p.197-222. ISBN: 978-84-8008-260-0

⁸¹ La sanidad ahogada. El Norte de Castilla, 13 de septiembre 2008, p.16

⁸³ Datos y hechos 2008 de la Asociación federal de cajas de seguro médico de la empresa (Daten und Fakten 2008 des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen, HEAG BKK). <https://www.heag-bkk.de/News-aktuell/DatenundFakten020.htm>

⁸⁶ Plan de hospitales 2008. Krankenhausplan 2008
<http://www.stmas.bayern.de/krankenhaus/plan/index.htm>

⁸⁷ Busse R. Germany opts for Australian Diagnosis-Related Groups. *Euro Observer* 2000, vol 2, nº 3

⁸⁸ Plan Integral de Atención al Anciano 2004. Sociedad Española de Medicina Geriátrica, SEMEG.

⁸⁹ Portal de salud de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León.
http://www.salud.jcyl.es/sanidad/cm/institucion/tkContent?pgseed=1230601035804&idContent=18401&locale=es_ES&textOnly=false

⁹⁰ Ibern P. Políticas públicas y regulación de los seguros sanitarios. *Gac Sanit* 2005; 19: 1 - 2

-
- ⁹¹ González Temprano y Torres Villanueva, 1992:84-87 tomado de Guillén Rodríguez AM. Políticas de reforma sanitaria en España. De la restauración a la democracia. Madrid 1996, p.283
- ⁹² Centros, Servicios y Establecimientos sanitarios de la JCYL.
http://ssaplica1.jcyl.es/rece/paginacion.do?accion=ultimo&count=10&tipo_objeto=centrosRegistro
- ⁹³ Die Gesundheitsreform 2007 (La reforma sanitaria 2007). www.die-gesundheitsreform.de
- ⁹⁴ Hoppe JD. Gesundheitspolitische Positionen der deutschen Ärzteschaft (Posiciones de políticas sanitarias de los médicos de Alemania) *Deutsches Aerzteblatt* , 2002; 99(37) del 29.08.2002.
- ⁹⁵ Schmidt SH. El desarrollo de la provisión médica de Baviera. Beitrage zur Hochschulforschung, cuaderno 1, año 26, 2004. www.ihf.bayern.de
- ⁹⁶ Die Kassenärztliche Bundesvereinigung. www.kbv.de
- ⁹⁷ Vertragsarztänderungsgesetz (Modificación de la ley de médicos concertados). www.kbv.de/themen/10001.html
- ⁹⁸ Guillén Rodríguez AM. Políticas de reforma sanitaria en España. De la restauración a la democracia. Tesis doctoral, p.283. Instituto Juan March de Estudios e Investigación. Madrid 1996
- ⁹⁹ Bundesverband für ambulantes operieren e.V. (Asociación federal de cirugía ambulatoria) <http://www.operieren.de/content/e3472/e3675/e10414/e6439/>
- ¹⁰⁰ Brökelmann J., Reydelet J. Zahl der Operationen in Deutschland 2003 – eine Annäherung (Número de operaciones en alemania 2003 – una aproximación). *ambulant operieren* 2/2005, 95-102
- ¹⁰¹ Estrategia de atención al parto natural en el sistema nacional de salud. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo 2007.
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>

¹⁰³ Esteva M, Tamborero G, Arias A, Seguí M. Utilización de servicios sanitarios públicos por la población flotante en Mallorca. *Revista de Administración Sanitaria siglo XXI*, Julio 2003. Volumen 1 – nº 3 p. 441 - 456

¹⁰⁴ Atención a la salud bucodental. Organización funcional. Servicios de Apoyo o próximos a la Atención Primaria. Instituto de Información sanitaria del MSC. http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/11_OrganizacionfuncionalSaludBucodental2006.pdf

¹⁰⁵ Rodríguez-Medina C. Salud Pública y Asistencia Sanitaria en la Unión Europea. Editorial Comares 2008.pág.277

¹⁰⁶ Mojon-Azzi SM, Mojon DS. Wartezeiten auf chirurgische Eingriffe in zehn europäischen Ländern (Waiting Times for Surgical Procedures in ten European Countries). Instituto de investigación para trabajo y derecho laboral. Universidad de St. Gallen, Suiza. *Gesundh ökon Qual manag* 2008; 13(2): 92-98

¹⁰⁷ Sicilian L, Hurst J. Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD Countries. Documento de trabajo de la OECD DELSA/ELSAWD/HEA (2003)7. <http://www.oecd.org/dataoecd/31/10/17256025.pdf>

¹⁰⁸ Wenzel M, Reuscher A, Aral H. Zum Stand der Katarakt- und refraktiven Chirurgie Umfrage von DGII und BVA 2000 im internationalen Vergleich (año 2000). *Ophthlmo-Chirurgie*, 13, 137-143.

¹⁰⁹ Sanchís Moll JA. Listas de espera y “peonadas” en la sanidad pública: verdades y medias verdades. *La Nueva España* , 21.10.2007

¹¹⁰ Wilking N, Jonson B. A pan-European comparison regarding patient access to cancer drugs (sept 2005). Karolinska Institutet & Stockholm School of Economics Stockholm, Suecia http://ki.se/content/1/c4/33/52/Cancer_Report.pdf

¹¹¹ Oficina bávara de estadística y procesamiento de datos. Bayerisches Landesamt fuer Statistik und Datenverarbeitung. <http://www.statistik.bayern.de/daten/intermaktiv/archiv/home.asp>

¹¹² Estadística de mortalidad en Castilla León. Año 2000. Observatorio de Salud Pública. Consejería de Sanidad. JCYL. Depósito legal ZA-86-2004.

http://www.salud.jcyl.es/sanidad/cm/profesionales/tkContent?pgseed=1262773043345&idContent=455&locale=es_ES&textOnly=false

¹¹³ Gesundheitsreport Deutschland (Barómetro Sanitario de Alemania).
www.mlp-gesundheitsreport.de

¹¹⁴ Barómetro sanitario 2005 a 2007. www.sanidad.jcyl.es

¹¹⁵ González López-Valcárcel B. y col. Oferta y necesidad de médicos especialistas en España 2006-2030. Universidad de las Palmas. Documento de trabajo. Marzo 2007.

http://www.msc.es/novedades/docs/necesidadesEspeciales06_30.pdf

¹¹⁶ Informe sobre el sistema sanitario de Baviera para el año 2001. Bericht über das bayerische Gesundheitswesen für das Jahr 2001, pág.178 a 180.

¹¹⁷ González López-Valcárcel B. y col. Oferta y necesidad de médicos especialistas en España 2006-2030. vide supra

¹¹⁸ Rodríguez-Vigil Rubio JL. Integración o desmoronamiento. Crisis y alternativas del sistema nacional de salud español. Ed.Aranzadi 2008, p.329

¹¹⁹ Iniesta-García A. Mesa redonda, Sistema sanitario público español. Vide supra

¹²⁰ Cañas-Sancho J (Director Gerente del Servicio de Salud del Principado de Asturias). Mesa redonda: Sanidad pública en España: presente y futuro. Instituto RIDEA, Oviedo, 5 oct 2009