

## **LAS DISENSIONES EN EL EJERCICIO DE COMPETENCIAS ESTATALES Y AUTONÓMICAS EN MATERIA DE FINANCIACIÓN DE MEDICAMENTOS: REFLEXIONES PARA EL DEBATE**

*En España, cuando un medicamento por el Estado ha sido incluido en el régimen de financiación, los médicos deben poder prescribirlo y los pacientes tener garantizado su acceso, sin más limitaciones o condiciones que las establecidas, en su caso, a nivel estatal. Sin embargo, no es infrecuente que las comunidades autónomas limiten el acceso a determinados medicamentos, a través de medidas de muy diversa índole, incluso vulnerando la legalidad. Este artículo plantea algunas reflexiones que tratan de determinar dónde está la raíz del problema como primer paso para un debate sobre cómo tratar de superarlo.*

### **1. INTRODUCCIÓN.**

#### **1.1 Planteamiento de este artículo**

Desde hace algunos años, y de forma especialmente señalada en el contexto de la crisis económica, las comunidades autónomas vienen adoptando iniciativas de muy diversa índole dirigidas a contener el gasto en medicamentos. A las sucesivas (y drásticas) medidas legislativas aprobadas en los últimos años se unen las medidas de ahorro complementarias adoptadas a nivel autonómico, que en muchas ocasiones vulneran el régimen constitucional de atribución de competencias, y que, además, generan inseguridad jurídica y desigualdad en el acceso a la prestación farmacéutica.

No haría falta recordar que las medidas autonómicas han sido en muchas ocasiones impugnadas, no sólo por la industria farmacéutica, sino también por el Estado y por los propios pacientes, y fuertemente criticadas por las asociaciones médicas. El Estado no sólo ha actuado impugnando algunas de estas medidas, sino que también, en sucesivas ocasiones, ha modificado las leyes aplicables (en particular, la Ley 29/2006, de Garantías y Uso Racional de Medicamentos y Productos Sanitarios – “**Ley de Garantías**”) tratando de dejar aún más claro – si cabe – que no es lícito que las

## URÍA MENÉNDEZ

comunidades autónomas adopten decisiones que restrinjan la prestación farmacéutica o alteren *de facto* el precio de los medicamentos en sus respectivos territorios.

En este artículo no abordaremos el análisis de los motivos por los que estas medidas son, en su mayor parte, contrarias a Derecho ni plantaremos los argumentos para su denuncia formal. Por supuesto, no se puede desconocer la conveniencia de atacar judicialmente toda medida que vulnere la legalidad vigente. Se podría oponer a ello que por esta vía no siempre se consigue proteger con total eficacia los intereses de los administrados (laboratorios, médicos y ciudadanos) por la propia necesidad de acudir al proceso para hacer valer su posición, por el coste y el desgaste que a veces supone, por la excesiva duración de los procedimientos, por la dificultad de obtener un resarcimiento pleno de los daños y perjuicios sufridos, etc. Sin embargo, esta tarea resulta esencial para depurar el ordenamiento y evitar, a futuro, que determinadas decisiones que bordean o chocan frontalmente con la legalidad se adopten de forma irreflexiva o incluso con cierta ligereza.

Sin embargo, estas acciones se dirigen contra la manifestación externa de un problema que sigue latente. Si aplicásemos los términos de la ciencia médica, diríamos que las acciones judiciales actúan contra el síntoma de la enfermedad, pero no contra su causa. La enfermedad consiste en que el actual modelo de atribución de competencias y responsabilidades en materia de financiación de medicamentos está generando tensiones entre el Estado y las Comunidades Autónomas, tensiones que repercuten directamente en la esfera de derechos de las empresas, de los profesionales, y de los pacientes, y que continuarán mientras no se solucione la situación de hecho que las genera.

Analizar cuáles son las causas de esa “enfermedad” sería el primer paso para poder alejarse de la vía de la denuncia formal y plantear proactivamente nuevas ideas o enfoques que sirvan para avanzar hacia una solución. Pero el ejercicio también es útil desde otra perspectiva: analizar de una forma más exhaustiva dónde está la raíz del problema es clave para tratar de anticipar cuáles pueden ser los planteamientos e iniciativas que podrían hacer valer las Comunidades Autónomas. Este análisis, que es relevante en cualquier circunstancia, lo es quizá más en la actualidad porque nos encontramos en un momento de transición, a la espera del tantas veces anunciado nuevo

Real Decreto de Precios y Financiación de Medicamentos. Por ello, no está de más ir reflexionando sobre qué tipo de argumentos y reivindicaciones podrían plantearse desde las Comunidades Autónomas o desde otros agentes en un debate que ya está latente y que sin duda se avivará a corto y medio plazo.

## **2. FINANCIACIÓN DE MEDICAMENTOS: LA TEORÍA Y LA PRÁCTICA.**

Plasmamos a continuación algunas consideraciones que creemos resultan relevantes para situar la cuestión en su contexto fáctico y jurídico, y que serán el punto de partida para realizar un diagnóstico algo más profundo de los factores que vienen generando disensiones en el ejercicio de las competencias estatales y autonómicas sobre financiación y precio de medicamentos.

El escenario teórico es claro: cuando un medicamento está incluido en el régimen de financiación por el Estado, los médicos deben poder prescribirlo y los pacientes tener garantizado su acceso, sin más limitaciones o condiciones que las establecidas, en su caso, a nivel estatal. El análisis del marco legal aplicable no ofrece ninguna duda sobre las anteriores cuestiones, que derivan, por otra parte, de principios básicos del orden constitucional. Y así ha sido reconocido también en múltiples ocasiones por la doctrina de nuestros tribunales.

Sin embargo, las comunidades autónomas limitan o condicionan el acceso a determinados medicamentos, a través de medidas de muy diversa índole. Y a ello aún hay que añadir las medidas o condiciones adoptadas por los diversos hospitales, con el beneplácito de la correspondiente comunidad autónoma. Determinadas restricciones a la prescripción son tan comunes que ya no constituyen excepción, sino norma general, como por ejemplo la previa introducción del medicamento en la guía terapéutica, en el “petitorio” del hospital, o la autorización expresa de la comisión autonómica o comisión hospitalaria correspondiente, para que los médicos puedan prescribir un medicamento. Otras medidas giran en torno a la exigencia de requisitos adicionales a la mera prescripción médica para que un medicamento pueda ser dispensado con cargo a fondos públicos (autorizaciones, exigencia de informe justificativo, controles de la prescripción, exigencia de no exceder determinados importes), que se plasman en

instrumentos normativos de diverso rango o incluso en meras instrucciones de ámbito pretendidamente interno.

Desde la perspectiva del laboratorio, ello no sólo ocasiona retrasos en el acceso de los medicamentos al mercado sino una intolerable inseguridad jurídica con la consiguiente “expropiación” de derechos en muchas ocasiones. Los facultativos se ven privados de herramientas para el mejor ejercicio de su profesión o ante la tesitura de actuar contra órdenes directas de sus superiores jerárquicos. Desde la perspectiva del ciudadano, los efectos son aún más graves, y pueden llegar a ser irreversibles en términos de salud. La consiguiente desprotección de los administrados (laboratorios, médicos y ciudadanos) hace que se vean abocados a recurrir una y otra vez a los tribunales para hacer valer sus derechos.

### **3. LAS BASES DEL SISTEMA DE ADOPCIÓN DE DECISIONES SOBRE FINANCIACIÓN DE MEDICAMENTOS. CRITERIOS APLICABLES Y PARTICIPACIÓN DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS**

Antes de adentrarnos en el análisis de las causas que han contribuido a generar la actual situación de “tensión” en el ejercicio de las competencias estatales y autonómicas en materia de acceso a los medicamentos, no podemos olvidar que el principal factor a tener en cuenta es el hecho de que es el Estado quien decide el ámbito de la prestación farmacéutica, pero son las comunidades autónomas quienes deben hacerlo efectivo con cargo a sus propios recursos. De esta premisa, que parece inmutable desde el momento en que las competencias de gestión de la prestación sanitaria se han transferido a las comunidades autónomas, se ha de partir.

En teoría, no obstante, este sistema no debería dar lugar a disensiones, puesto que incorpora mecanismos tanto para garantizar que la decisión estatal tiene en cuenta todos los criterios relevantes como la participación de las Comunidades Autónomas en la adopción de esta decisión.

- A nivel estatal, a la hora de autorizar un medicamento, establecer sus indicaciones, incluirlo en el régimen de financiación y fijar su precio, los organismos estatales deben tener en cuenta, entre otros criterios, el valor que

## URÍA MENÉNDEZ

aporta un determinado medicamento frente a sus alternativas en el mercado, su beneficio clínico incremental, su grado de innovación, la necesaria racionalización del gasto, el impacto presupuestario, etc. Todos estos criterios están recogidos en la Ley de Garantías, que ha ido evolucionando, a través de sucesivas reformas, para prestar cada vez mayor atención al “valor” aportado por el medicamento. Estos mismos criterios, junto con el precio o el coste del tratamiento de los medicamentos comparables existentes en el mercado, son los que han de ser tenidos en cuenta a la hora de excluir total o parcialmente o someter a condiciones especiales de financiación los medicamentos ya incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud (artículo 89.3. de la Ley de Garantías).

- Las comunidades autónomas participan en la toma de decisiones sobre financiación de medicamentos. Su participación se viene canalizando principalmente a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), constituido por el Ministro de Sanidad y por los consejeros competentes en materia de sanidad de las comunidades autónomas.

En particular, la fijación de los precios de los medicamentos (financiados) corresponde a la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos (CIPM) (artículo 90 de la Ley de Garantías). Entre los miembros de la CIPM se encuentran dos vocales que actúan en representación de las comunidades autónomas, a propuesta del CISNS, elegidos entre sus miembros. Las orientaciones del CISNS también han de tenerse en cuenta para la toma de decisiones sobre la exclusión total o parcial de medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica o su sujeción a condiciones especiales de financiación. Las Comunidades Autónomas pueden proponer al Ministerio de Sanidad el sometimiento a reservas singulares de las condiciones específicas de prescripción, dispensación y financiación de los medicamentos en el SNS y, aunque como regla general no pueden establecer reservas singulares específicas de prescripción, dispensación y financiación de medicamentos en sus propios

territorios, en el seno del CISNS se pueden acordar excepciones para ciertas Comunidades Autónomas en razón de sus particularidades.

#### 4. LOS FACTORES QUE GENERAN DISENSIÓN

Es conocido que las autonomías limitan el acceso a ciertos medicamentos, en muchos casos, tras realizar su propio análisis, más o menos formal, del valor que aporta un determinado medicamento frente a sus alternativas en el mercado. En este análisis se tienen en cuenta factores como las alternativas existentes y su precio, las evidencias clínicas disponibles, etc. para fundamentar el posicionamiento que ha de tener un nuevo medicamento en el arsenal terapéutico. Que el análisis de esos aspectos ya haya sido realizado con carácter previo a la decisión sobre financiación por el Estado y que las Comunidades Autónomas han tenido participación en el proceso no es obstáculo para que cuestionen esa decisión y se entiendan legitimadas, bien *de iure* o bien *de facto*, para adoptar medidas más restrictivas de la prestación farmacéutica, incluso bordeando la legalidad (u oponiéndose frontalmente a ella). Sin duda existen motivaciones o intereses cuya protección no está garantizando el sistema diseñado a nivel estatal, al menos desde la perspectiva de las autonomías.

Aunque un análisis exhaustivo de las causas de esta problemática sería extremadamente complejo y exigiría conocer circunstancias que no son de alcance general, como factores de oportunidad política y similares, cabe pensar, al menos, en los siguientes posibles factores.

- Se perciben las decisiones estatales como una imposición, que no tiene en cuenta la opinión o el criterio de las comunidades autónomas.
- Se desconoce el análisis realizado por las autoridades estatales a la hora de decidir sobre la financiación de un medicamento, y se ignoran los factores que se han tenido en cuenta.
- Se cuestiona el análisis que las autoridades estatales realizan de ciertos parámetros, o las conclusiones de dicho análisis. En particular, se cuestiona que los resultados de los ensayos clínicos puedan extrapolarse a la práctica clínica habitual.

## URÍA MENÉNDEZ

- O, finalmente, se percibe una necesidad inmediata y acuciante de reducir el gasto público, que se prima sobre la garantía de acceso de los ciudadanos a la prestación farmacéutica.

Muy probablemente no será solo uno, sino todos estos factores los que en mayor o menor medida vienen moviendo a las comunidades autónomas a recortar la prestación farmacéutica. A continuación nos referimos con algo más de detalle a cada uno de ellos.

### *a) Los mecanismos de participación*

El hecho de que las comunidades autónomas no asuman plenamente como propias las decisiones sobre financiación de medicamentos podría venir causado, en parte, por una percepción de falta de participación suficiente en el proceso de toma de decisiones.

Como hemos visto, en la actualidad, las comunidades autónomas participan en ese proceso a través de la presencia, en la CIPM, de dos representantes de las comunidades autónomas, elegidos a propuesta del CISNS. Sin embargo, desde hace tiempo se prevé en nuestra legislación que la CIPM debe tener en consideración, adicionalmente, el criterio de otros expertos. Sucesivas normas han ido previendo la constitución de comités o redes de expertos, con diferente composición y funciones, y remitiendo a un futuro desarrollo reglamentario la concreción de su organización y funcionamiento. Buen reflejo de la falta de consenso existente es el hecho de que estas sucesivas modificaciones legislativas han ido variando, en uno y otro sentido, el alcance de la participación de las Comunidades Autónomas. Pero mejor reflejo aún es el hecho de que ninguno de los sistemas previstos en esas sucesivas normas ha llegado a estar en funcionamiento.

- Bajo la antigua Ley del Medicamento y la redacción inicial de la Ley de Garantías (en el año 2006), se preveía que la CIPM tendría en consideración los informes sobre utilidad terapéutica de los medicamentos que elaboraría la AEMPS, asistida por una red de colaboradores externos de reconocido prestigio propuestos por las Comunidades Autónomas, remitiendo a un futuro desarrollo reglamentario (que nunca se produjo) la concreción del funcionamiento de esta red de expertos.

## URÍA MENÉNDEZ

- El sistema fue revisado mediante el Real Decreto-ley 9/2011, que preveía la creación de un Comité de Coste-Efectividad de los Medicamentos y Productos Sanitarios, integrado por expertos designados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a propuesta de las Comunidades Autónomas, de las Mutualidades de funcionarios y del Ministerio de Sanidad, y cuyas reglas de funcionamiento serían establecidas por el CISNS.
- Ese Comité tampoco llegó a estar en funcionamiento y fue sustituido, mediante el Real Decreto-ley 16/2012, por el llamado Comité Asesor para la Financiación de la Prestación Farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. En este caso, ya no se prevé la participación de las Comunidades Autónomas o del CISNS en este Comité sino, genéricamente, de expertos de reconocido prestigio designados por el Ministerio de Sanidad. Como avanzábamos, casi tres años después de la promulgación (por razones de urgente necesidad) del Real Decreto-ley 16/2012, este Comité tampoco ha sido constituido.

De esta evolución legislativa se extraen dos relevantes conclusiones: en primer lugar, una tendencia hacia una participación menos decisiva de las comunidades autónomas en el proceso. Y en segundo lugar, la falta de consenso sobre esta cuestión. Resulta claro que la discusión no está, ni mucho menos, zanjada y sin duda volverá a plantearse en el debate que se avecina. Sin desconocer la conveniencia de alcanzar el mayor consenso posible en la toma de decisiones tan relevantes para la ciudadanía (y para las empresas), creemos que es esencial evitar la instauración de un sistema complejo, con participación de múltiples actores, que desemboque en mayores retrasos u obstáculos en un proceso ya de por sí complicado y excesivamente dilatado en el tiempo en muchas ocasiones.

### *b) Medidas de transparencia en el proceso de financiación*

En nuestra opinión, el proceso de toma de decisiones en materia de financiación adolece de una grave falta de transparencia – al menos *ad extra*, desde la perspectiva de los administrados. Los criterios de financiación y precio previstos en la Ley de Garantías han ido evolucionando y han sido modificados en un buen número de ocasiones, pero se trata de meros enunciados de principios y no existe desarrollo reglamentario. El Real Decreto 271/1990, aún vigente, se refiere únicamente a la fijación de precios (y no a las

## URÍA MENÉNDEZ

decisiones de financiación), y además basa el sistema en la estructura de costes de la producción del medicamento más un margen determinado, que hace tiempo ha dejado ya de estar en consonancia con los criterios previstos en la Ley de Garantías.

Los criterios establecidos en la Ley de Garantías no dejan de ser objetivos en su enunciación, pero se desconoce en la práctica cómo se valora cada uno de ellos y su impacto en la decisión final. Por lo general, la motivación de las decisiones de financiación sólo contiene una referencia genérica a los preceptos legales aplicables. Resulta imposible conocer, por ejemplo, cómo se ha evaluado la utilidad terapéutica y social del medicamento, su relación coste-efectividad, con qué alternativas ha sido comparado, en su caso, cómo se valora el componente de innovación, el impacto presupuestario, etc. En la práctica, parece que la CIPM ha tratado de unificar criterios, partiendo del precio menor europeo con algunos ajustes en función del interés terapéutico (novedades, mejoras de interés terapéutico relevante, mejoras sin interés terapéutico, etc.) pero estos criterios nunca han sido publicados y se ignora si se tienen en cuenta en todos los casos y si se aplican de forma homogénea.

Desconocemos en qué medida los criterios de la toma de decisiones en materia de financiación de precios son conocidos por todas las autoridades autonómicas y por todos los agentes que, en este ámbito, ejercen competencias en temas de salud (por ejemplo, a nivel de hospitales). Sin embargo, no cabe descartar que la falta de transparencia de estas decisiones sea considerada por los diversos agentes, de forma más o menos consciente, como un factor que los legitima – si no en el plano jurídico, sí en el terreno de los principios - para realizar su propio análisis interno de estos criterios y adoptar sus propias decisiones en base a dicho análisis. La falta de transparencia podría también generar una percepción de arbitrariedad o falta de consideración seria de todos los factores relevantes por parte de la autoridad estatal.

Por otra parte, si todos los informes de evaluación estuviesen públicamente disponibles, se podría defender con mayor contundencia lo improcedente e injustificado de que las comunidades autónomas – o las comisiones hospitalarias – realizasen una nueva evaluación, más aún si sus resultados contradicen la evaluación estatal.

## URÍA MENÉNDEZ

Garantizar la transparencia es, pues, una de las grandes asignaturas pendientes en el proceso de financiación y fijación de precios. Existen argumentos de peso, tanto bajo Derecho español (Constitución, Ley de Transparencia, y la propia Ley de Garantías) como bajo Derecho comunitario (Directiva de Transparencia), para exigir medidas efectivas en este ámbito.

Pero en esta reflexión no se puede olvidar la otra cara de la moneda. Las medidas adoptadas a nivel autonómico adolecen también en ocasiones de una grave falta de transparencia, que en casos extremos podría incluso denominarse “oscurantismo”.

En el proceso estatal, la falta de transparencia se refiere sobre todo a los criterios que sirven de base a la decisión, pero no a las propias decisiones sobre financiación y precio. Los laboratorios interesados son parte en el proceso, pudiendo realizar las alegaciones pertinentes en defensa de sus derechos, y la decisión se comunica formalmente, con expresión de los recursos que proceden y los plazos para interponerlos.

En el caso autonómico, en muchas ocasiones no es así. Se adoptan decisiones que limitan, en la práctica, la financiación de medicamentos, sin que dichas decisiones se aprueben siguiendo un procedimiento que garantice a los laboratorios – o a los profesionales - el derecho a ser oídos. Pese a que sus efectos frente a terceros son evidentes, muchas de estas decisiones se adoptan al amparo de la potestad de auto-organización de la administración, o como simples vías de hecho al margen de cualquier procedimiento, de modo que no se hacen públicamente accesibles, y se comunican sólo a aquellos que deben aplicarlas (por ejemplo, los médicos o los farmacéuticos de hospital). En algunos casos, cuando algún laboratorio farmacéutico ha decidido impugnar estas medidas, se le ha negado incluso la condición de interesado y la legitimación para hacerlo.

De nuevo, creemos que la garantía de transparencia y el respeto de los derechos de los ciudadanos en la toma de decisiones administrativas que afectan a sus legítimos intereses es una de las áreas que merecería una atención particular. Alejándonos del debate sobre la competencia (o falta de ella) de las comunidades autónomas para tomar ciertas decisiones, debería ponerse de manifiesto el mayor agravio que supone el que

## URÍA MENÉNDEZ

medidas de tan alto impacto se adopten por la vía de los hechos o al margen de cualquier procedimiento, y se trate incluso de que su propia existencia no trascienda el ámbito interno de la Administración y no sea conocida por los directamente afectados. Existen sobrados argumentos para exigir una total transparencia de todas estas decisiones y medidas y denunciar decididamente el oscurantismo con que a veces se adoptan.

*c) La escasa experiencia con el uso de los medicamentos innovadores y el escepticismo en torno a la extrapolación a la práctica clínica habitual de los resultados de los ensayos clínicos. Los acuerdos de riesgo compartido.*

La resistencia de ciertas comunidades autónomas a aceptar y hacer suyo este análisis puede también tener que ver con su percepción de que las condiciones en las que se realizan los ensayos clínicos no son las de la práctica clínica habitual, y puede existir una distorsión importante entre los resultados de los ensayos y la eficacia real de un medicamento en las condiciones de uso del día a día. Asimismo, la escasa experiencia con el uso de los medicamentos innovadores implica que todavía no sean bien conocidos en ciertos aspectos. Se entiende también que cada medicamento funciona de una manera distinta en cada persona, lo que hace necesaria una selección adecuada de los pacientes. En definitiva, existe incertidumbre en cuanto al coste-efectividad del medicamento innovador respecto de los preexistentes.

Para contribuir a superar estos obstáculos, podrían resultar de especial utilidad los denominados acuerdos de riesgo compartido.

Es preciso señalar que con la denominación “riesgo compartido” se designa en muchas ocasiones a esquemas que consisten en introducir una revisión de precios o descuentos si el número de unidades adquiridas (o de pacientes tratados) supera unos niveles determinados. Estos acuerdos no son, en esencia, más que descuentos por volumen. Aquí nos referimos a aquellos acuerdos de “riesgo compartido” que giran en torno a los resultados clínicos (e.g., supervivencia), de modo que estos son los que determinarán el precio final que se pague por el producto.

## URÍA MENÉNDEZ

Estos acuerdos, bastantes extendidos en algunas de nuestras jurisdicciones vecinas, son aún de escasa implantación en España, si bien atraen cada vez más atención. Plantean, sin embargo, importantes retos. En primer lugar, deben ser configurados de modo que encajen en las diversas leyes que resultan de aplicación (tanto la Ley de Garantías como la normativa sobre contratación del sector público), y ello no siempre resulta sencillo debido a la falta de regulación expresa. Por otra parte, su aplicación práctica es compleja, principalmente por lo que se refiere a las variables que se establecen para la medición de los resultados y cómo se aplican y ponderan, por lo que no todos los productos serían candidatos idóneos para un acuerdo de este tipo.

En todo caso, con una adecuada configuración, los acuerdos de riesgo compartido podrían suponer una buena oportunidad para contribuir a superar la incertidumbre inicial en cuanto al valor aportado por el medicamento, y podrían también aportar una importante ventaja en términos de disponibilidad de datos reales y fiables sobre la eficacia del tratamiento en grupos de población amplios y diversos.

Conviene en todo caso procurar ya desde esta fase inicial que la introducción de esta herramienta como un esquema de uso general se haga de forma homogénea en todo el territorio del Estado, no sólo en cuanto a la estructura de los acuerdos, sino también por lo que se refiere a sus bases científicas.

*d) La necesidad inmediata y acuciante de reducir el gasto público: sobrerregulación del medicamento y escasa atención a otros aspectos.*

Tras varios años de crisis económica, hemos presenciado en numerosas ocasiones cómo se alega una necesidad urgente e imperiosa de contener el gasto público como fundamento de “recortes” en la prestación farmacéutica. Este planteamiento prescinde de aspectos que van más allá del ahorro fácil e inmediato que supone el recortar las prestaciones sanitarias: sin olvidar los beneficios en términos de calidad de vida para el ciudadano (que es el aspecto fundamental), hay que considerar otros como ahorros a largo plazo en mejora de la salud de los ciudadanos, reducción de días de hospitalización, menores recursos necesarios para la atención a situaciones de dependencia, absentismo laboral, pérdida de productividad, etc. Se trata, en definitiva, de exigir un análisis serio del impacto (sanitario, y también económico) de estas

## URÍA MENÉNDEZ

medidas a medio y largo plazo, alejándonos del concepto de “gasto” sustituyéndolo por el de “inversión”. Un ahorro en el corto plazo no debería ser considerado, *per se*, el resultado de una gestión exitosa y este automatismo es muy común, pero no resiste un envite serio.

Con ello, no obstante, no estamos diciendo nada que no se haya planteado en multitud de ocasiones. Sin embargo, algo habría que añadir al respecto desde el punto de vista de la distribución de competencias entre el Estado y las comunidades autónomas.

Las comunidades autónomas conservan una amplia capacidad para promover un uso racional y eficiente de los recursos sanitarios dentro los distintos y variados aspectos en los que tienen atribuidas competencias, sin que ello les habilite a invadir las reservadas al Estado. Las facultades para imponer condiciones adicionales a la dispensación de determinados medicamentos, o someterla a requisitos, le corresponden al Estado, quien, sin duda, las ejercita en un sentido racionalizador (adopción de múltiples “recortes” en los últimos años). El Estado no ostenta, sin embargo, competencias ejecutivas. No se encarga de la gestión racional ordinaria de los recursos sanitarios. Son las comunidades autónomas quienes tienen atribuida la competencia de ejecución de la prestación sanitaria, y a quienes corresponden las actuaciones de administración, gestión, supervisión, control e inspección de los servicios y prestaciones sanitarias, y el ejercicio de la potestad sancionadora en la materia.

Sin duda existen espacios para una mayor eficiencia en esta gestión ordinaria de la asistencia sanitaria que corresponde a las autonomías. Pensemos en el control del abuso de las urgencias, la “medicina defensiva”, la reiteración innecesaria de consultas, las citas programadas que no se respetan, los fraudes en la condición de asegurado o beneficiario, la falta de adherencia o el incumplimiento terapéutico... todos ellos generadores de gasto inútil e ineficiencia. Quienes mejor pueden, y deben, monitorizar y supervisar estos aspectos para garantizar la optimización y el uso racional de esos recursos son las comunidades autónomas.

No se trata de introducir trabas u obstáculos, o nuevos requisitos para el acceso a la prestación o el ejercicio de la profesión (para lo cual las comunidades autónomas tampoco estarían legitimadas). Sin embargo, sí les corresponde la supervisión, el control

## URÍA MENÉNDEZ

y la inspección de la prestación, y se echan en falta análisis serios sobre los aspectos mejorables de dicha gestión, que podrían sustentar propuestas de racionalización para ser adoptadas por los organismos estatales competentes o actuaciones propias de las comunidades autónomas en aquellos aspectos de pura gestión para los que ostenten competencias suficientes.

Habría que preguntarse por qué las comunidades autónomas no han dudado, en general, en excederse de sus competencias cuando se trata de reducir (por vías indirectas) el precio de los medicamentos, controlar la prescripción o limitar la financiación, y sin embargo son, cuanto menos, “tibias” a la hora de proponer o adoptar esas otras medidas que ofrecen un gran potencial de mejora en la gestión. Aunque entramos en un terreno puramente especulativo, quizá la respuesta tenga algo que ver con el hecho de que esas otras medidas tienen un impacto más evidente (desde el punto de vista de la percepción de los ciudadanos) que otras que pueden pasar más inadvertidas, sobre todo si se adoptan sin transparencia y sin seguir procedimientos formales.

Llevando la cuestión al extremo, incluso cabría plantear si las comunidades autónomas no sólo están invadiendo competencias ajenas sino que tal vez están haciendo dejación de las propias. Al superponer a los controles estatales sobre precios y financiación de medicamentos los propios de las autonomías, se produce una sobrerregulación que contrasta llamativamente con la falta de atención que se presta a esos otros aspectos donde hay margen para una mayor eficiencia.

\* \* \* \*

Beatriz Cocina Arrieta

*Counsel*

Uría Menéndez