

ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO EN ITALIA: ASPECTOS GENERALES*

Federico Dinelli**

SUMARIO

1. Introducción. 2. La organización territorial del Servicio Sanitario Nacional: Estado, regiones y entes locales. 3. El papel de los particulares en la gestión del servicio sanitario. 3.1. La disciplina constitucional. 3.2. La disciplina legal. 4. La relación entre política y administración: la «empresarialización» de las USL. 5. Bibliografía.

Resumen

El sistema sanitario es uno de los pilares fundamentales del Estado del bienestar. En Italia, la organización de este servicio ha sido objeto de importantes reformas a lo largo de los años. Inicialmente, las prestaciones sanitarias se realizaban, exclusivamente, por entidades públicas, en el contexto de un Estado fuertemente centralizado. En la actualidad, la erogación de dichas prestaciones, en el marco de un Estado descentralizado, se lleva a cabo tanto por operadores públicos como privados, habiendo cobrado estos últimos notable importancia recientemente. En ambos casos, tanto en los supuestos de prestación pública como en los supuestos de prestación privada, se tiende a la gestión inspirada en principios empresariales.

Palabras clave: sanidad, privatización, organización administrativa sanitaria, descentralización.

Abstract

The sanitary system is one of the fundamental props of the well-being State . In Italy, the organization of this service has been the object of important reforms throughout the years. Initially, the sanitary services were performed, exclusively, by public entities, in the context of a strongly centralized State.

Recibido: 08/09/2010. Aceptado: 21/10/2010

* Este trabajo reproduce, con la adición exclusivamente de algunas referencias bibliográficas esenciales, el texto de la ponencia desarrollada en el ámbito del seminario *Os servicios sociais en España e Italia: distribución competencial, organización, tipoloxía e formas de xestión*, celebrado en Santiago de Compostela el 21 de junio de 2010, en el marco del proyecto de investigación DER2009-07183, Derechos socioeconómicos y sistema de prestaciones en un Estado multinivel.

** Investigador de Derecho Administrativo en la Universidad de Roma Tre.

Nowadays, the expenditure of the above mentioned services, in the frame of a decentralized State, is carried out so much by public as private operators, having received the above mentioned notable importance recently. In those cases, both in the suppositions of public service and in the suppositions of private presentation, it is stretched to the management inspired by managerial principles.

Keywords: health, privatization, administrative sanitary organization, decentralization.

1. Introducción

Se definen como *sociales* aquellos derechos que tienen por objeto una prestación positiva, cuyo coste no es abonado (al menos no por completo) por el individuo que la recibe, sino por la sociedad, que sufraga los gastos gracias a los recursos procedentes de la recaudación fiscal¹.

La actividad dirigida a la satisfacción de un derecho se denomina *servicio social*, en contraposición al *servicio económico*, en el que son los usuarios los que se hacen cargo del pago del precio del servicio.

Es evidente que la distinción entre servicios sociales y servicios económicos está ligada a un criterio cuantitativo: en todo servicio público está implícito un componente social en virtud del cual al menos una parte del coste total del servicio corre a cargo de la colectividad y no del ciudadano. Pensemos, por ejemplo, en el servicio de transporte público, tradicionalmente considerado de carácter económico, en el que el precio del billete abonado por el pasajero representa un porcentaje, a veces muy bajo, del coste real del servicio de transporte ofrecido; o en el servicio universal de correos para cuya financiación se puede acudir a diversos mecanismos de compensación, como la prestación directa a cargo del Estado.

Por tanto, la inclusión de un servicio en la categoría de servicio social o económico, depende del alcance de la participación directa de los usuarios en la financiación del mismo (mediante el pago de un precio o de una tarifa).

La distinción entre servicios sociales y servicios económicos presenta una específica relevancia jurídica, que se traduce en su diferente sujeción

¹ Cfr. *ex multis*, G.U. RESCIGNO, "Principio di sussidiarietà orizzontale e diritti sociali", en *Dir. pubbl.*, 2002, p. 24.

a las reglas de la competencia, aunque, como ya se ha mencionado, dependa básicamente de parámetros de tipo cuantitativo: es sabido que el art. 86 TCE (actualmente 106 TFUE) impone la liberalización, respetando el interés público subyacente, únicamente de los servicios de interés económico general; del mismo modo, en Italia, la disciplina sobre los servicios públicos locales, hoy contenida en el art. 23 *bis* del decreto legislativo n. 112/2008, trata únicamente los servicios de *relevancia económica*.

Entre los servicios sociales, los servicios sanitarios, a los que se refiere el presente trabajo, sin duda juegan un papel fundamental.

El sistema sanitario ha sido y sigue siendo objeto de intensos debates en el seno del derecho administrativo italiano en las últimas décadas que se pueden resumir en los siguientes puntos: 1) la distribución competencial entre los diversos niveles territoriales de gobierno²; 2) la relación entre sector público y sector privado en la prestación de los servicios sanitarios; 3) la relación entre política y administración; y 4) la privatización de los modelos de gestión y de los instrumentos operativos adoptados³.

Examinando cada uno de estos aspectos, podemos reconstruir, por tanto, los rasgos que caracterizan la evolución histórica y la actual conformación del sistema sanitario en Italia.

² En el presente trabajo, dadas sus dimensiones, no se abordarán los sistemas de colaboración pública en materia sanitaria. Se remite, no obstante, para el estudio de las formas de colaboración convencionales entre Administraciones Públicas a: Marcos ALMEIDA CERREDA, *Gli accordi tra pubbliche amministrazioni nell'ordinamento locale*, Bologna University Press, Bologna, 2004; “Los convenios interadministrativos en el Derecho italiano”, *Revista de Administración Pública*, n. 163, 2004, pp. 389-412; “Los acuerdos de programa en el Derecho local italiano”, *Revista de Estudios de la Administración Local*, n. 294-295, 2004, pp. 247-279.

³ Sobre este tema en España, *vid.* José Luis MONEREO PÉREZ, Cristóbal MOLINA NAVARRETE, María Nieves MORENO VIDA (coords.), *La seguridad social a la luz de sus reformas pasadas, presentes y futuras: Homenaje al Profesor José Vida Soria con motivo de su jubilación*, Comares, Granada, 2008; Pablo de LORA DELTORO (aut.), Alejandra ZUÑIGA FAJURI (aut.), Santiago MUÑOZ MACHADO (pr.), *El derecho a la asistencia sanitaria: Un análisis desde las teorías de la justicia distributiva*, Iustel, Madrid, 2009.

2. La organización territorial del Servicio Sanitario Nacional: Estado, regiones y entes locales

La Ley n. 833/1978 por la que se creó el Servicio Sanitario Nacional (en adelante, SSN), prevé que éste se halle «constituido por el conjunto de funciones, estructuras, servicios y actividades destinadas a la promoción, al mantenimiento y a la recuperación de la salud física y psíquica de toda la población sin distinción de condiciones individuales o sociales y de acuerdo con las modalidades que aseguren la igualdad de los ciudadanos ante el servicio. La gestión del Servicio Sanitario Nacional es competencia del Estado, de las regiones y de los entes locales territoriales, garantizándose la participación de los ciudadanos».

Cualquier estudio que quiera afrontar la problemática del reparto competencial en materia sanitaria, ha de tomar como referencia el texto constitucional.

La anterior redacción del art. 117 de la Constitución italiana consideraba la «asistencia sanitaria» como una materia de competencia legislativa concurrente entre el Estado y las regiones.

De acuerdo con lo establecido en el citado precepto constitucional, el art. 11 de la Ley n. 833/1978 preceptúa que «las regiones ejercen las funciones legislativas en materia de asistencia sanitaria y hospitalaria respetando los principios fundamentales dictados por las leyes del Estado y ejercen las funciones administrativas propias o delegadas».

La creación del SSN se produce contemporáneamente a la adopción de las primeras medidas de regionalización del sistema administrativo italiano; en particular con el decreto del presidente de la república n. 616/1977, cuyo art. 17 establecía que debían ser transferidas a las regiones «las funciones administrativas del Estado en las materias (...) asistencia sanitaria y hospitalaria».

En consecuencia, es evidente el importante papel que, desde un principio han jugado las regiones en Italia en el ámbito de la sanidad.

Además, la citada Ley n. 833/1978 atribuye un papel destacado en este ámbito a los municipios, los cuales asumen competencias de carácter operativo.

El art. 10 establece que la gestión unitaria de la tutela de la salud ha de llevarse a cabo en todo el territorio nacional mediante una red de

Unidades Sanitarias Locales (en adelante, USL). La unidad sanitaria es el conjunto de órganos, unidades y servicios de los ayuntamientos y de las “*comunità montane*”, que, en un determinado ámbito territorial, desempeña tareas propias del servicio sanitario nacional.

Por tanto, la USL constituye el elemento base del servicio sanitario italiano⁴.

Las sucesivas reformas que ha sufrido el SSN han ido reduciendo paulatinamente el papel de los entes locales y, correlativamente, reforzando el de las regiones. Así, el decreto legislativo n. 502/1992 despoja a los entes locales del control de las USL que entran, de esta forma, en la esfera de influencia de las regiones. El art. 3 de este decreto legislativo n. 502 las define explícitamente como «entes instrumentales de la Región»⁵.

No obstante, esta definición contrasta con la nueva configuración que se quiere ofrecer de las USL⁶: la de verdaderas empresas provistas de personalidad jurídica propia y de una amplia autonomía. En consecuencia, el decreto legislativo n. 517/1993 pasa a definir a las USL como «empresas de derecho público»⁷.

El reparto competencial original entre el Estado y las regiones se basa en la atribución al Estado de una competencia de planificación, que se podría definir de primer grado, cuya función primordial consiste en la identificación de los «niveles esenciales y uniformes de asistencia» que deben ser garantizados a todos los ciudadanos en todo el territorio

⁴ La estructura organizativa de las comprende, en principio, una asamblea general, un comité de gestión y un presidente.

La asamblea general, si el ámbito territorial de la USL se corresponde con el de un ayuntamiento, coincide con el pleno municipal; sin embargo, si, el ámbito de la USL se corresponde con el de una asociación de municipios, la asamblea general coincide con la asamblea de dicha asociación. La asamblea general elige al comité de gestión el cual, a su vez, designa al presidente.

⁵ Sobre el concepto de instrumentalidad, *vid.* Marcos ALMEIDA CERREDA, “Análisis crítico de la regulación, estructura y regíme jurídico de los entes instrumentales en la Administración autonómica gallega”, *REGAP*, en prensa.

⁶ *Cfr.* E. JORIO, *Diritto sanitario*, Milano, 2006, p. 140.

⁷ Esta norma no hace referencia a la competencia de las regiones para nombrar la nuevo órgano unipersonal de gestión: el director general.

nacional, y a las regiones una competencia de planificación, que se puede considerar de desarrollo⁸.

El Estado ejecuta su competencia de planificación mediante la aprobación del *Plan Nacional de Salud*, de duración trienal, a través del cual se concretan los recursos destinados al SSN. Este plan es aprobado por decreto del presidente de la república.

A su vez, las regiones en ejercicio de su competencia de planificación de desarrollo deben aprobar los respectivos *Planes Regionales de Salud* en un plazo máximo de 150 días a partir de la fecha de entrada en vigor del *Plan Nacional de Salud*. A través de estos planes, las regiones establecen las medidas necesarias para implementar el *Plan Nacional de Salud*. No obstante, la no aprobación de los planes regionales no impide la aplicación de las disposiciones contenidas en el *Plan Nacional de Salud*; es más, el gobierno nacional cuenta con la posibilidad de sustituir a los gobiernos regionales en el caso de que éstos no se avengan a la aprobación de los planes regionales (art. 1 del decreto legislativo n. 502).

El sistema que se acaba de describir no ha sufrido, ni parece que vaya a sufrir, modificaciones significativas a raíz de la reforma constitucional aprobada en el año 2001. La reforma del Título V de la Constitución en materia de sanidad, ha realizado una “fotografía” de lo existente: se ha asignado al Estado y a las Regiones, de forma concurrente, la competencia normativa sobre la protección de la salud y se ha reconocido al Estado la competencia exclusiva para la «determinación de los niveles esenciales de las prestaciones concernientes a los derechos civiles y sociales que deben ser garantizados en el conjunto del territorio nacional» (art. 117.2.m de la Constitución italiana).

En consecuencia, el Estado mantiene su capacidad para regular el sistema sanitario, no sólo dictando normas que establecen principios generales de actuación en el ejercicio de la citada potestad normativa concurrente, sino que también continúa disponiendo de la facultad de

⁸ Una visión completa y exhaustiva de las diferentes características de los servicios sanitarios existentes en las diferentes regiones italianas se puede ver en R. BALDUZZI (coord.), *I servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenze di sistema*, Milano, 2005.

aprobar normas específicas para la definición de los niveles esenciales de asistencia⁹.

3. El papel de los particulares en la gestión del servicio sanitario

Se ha observado, acertadamente, que uno de los ámbitos en los cuales se puede manifestar, y se ha manifestado, «el poder regional de construir modelos organizativos autónomos y peculiares (y, por tanto, diferenciados) de servicio público» es aquel constituido «por la relación entre las estructuras públicas y privadas, es decir, por aquellas realidades organizativas y empresariales privadas que estén de alguna manera ligadas al servicio público o que pretendan estrechar dicho vínculo».¹⁰

3.1. La disciplina constitucional

El derecho a la salud es el único reconocido expresamente como *fundamental* en la Constitución republicana. De hecho, el art. 32, apartado primero, afirma que «la República tutela la salud como derecho fundamental del individuo e interés de la colectividad, y garantiza la atención sanitaria gratuita a los indigentes».

A diferencia de lo que sucede con otros derechos sociales de gran importancia, como la educación¹¹ y la seguridad social¹², la Constitución no contiene ninguna previsión de naturaleza organizativa sobre el servicio sanitario.

Esto significa que el legislador ordinario, teóricamente, tiene libertad para decidir si crea un sistema público de prestación de servicios sanitarios, o si deja que sea el mercado el que se ocupe de la protección del derecho a la salud de los ciudadanos. En este caso, tiene la obligación de asegurar la asistencia gratuita a los que no dispongan de medios para abonar los servicios, asumiendo el Estado subsidiariamente el gasto.

⁹ Vid. V. MOLASCHI, *I rapporti di prestazione nei servizi sociali*, Torino, 2008, pp. 175 y ss.

¹⁰ Vid. R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, Torino, 2007, p. 148.

¹¹ El art. 33, apartado 2, establece que «la República dicta las normas generales para la educación e instituye escuelas estatales».

¹² El art. 38, apartado 4 establece que las funciones previstas en este artículo se desarrollarán por los órganos e institutos habilitados por el Estado.

Dentro de este marco, la opción elegida por el legislador en 1978 fue la de crear un servicio sanitario público de acceso no sólo universal, sino también igualitario, es decir neutral con respecto a la renta de los usuarios¹³.

La ausencia en la Constitución de una reserva, o al menos de una preferencia, sobre la prestación de las actividades sanitarias por parte de los entes públicos, no deja lugar a dudas sobre la legitimidad de la iniciativa privada en dicho sector. Si esto ya era así según el art. 41 de la Constitución, que como sabemos establece la libertad de iniciativa económica de los particulares, lo es aún más hoy, después de la reforma del Título V de la Constitución, ya que el nuevo art. 118, cuarto apartado, afirma que «Estado, Regiones, Ciudades metropolitanas, Provincias y Ayuntamientos promueven la iniciativa autónoma de los ciudadanos, solos o asociados, para el desarrollo de actividades de interés general, de acuerdo con el principio de subsidiariedad».

Es éste el principio de la “subsidiariedad horizontal”, por el cual, si se quisiera hacer primar una interpretación (por así decirlo) “radical”, se podría incluso pensar que el papel de lo público en la gestión del servicio sanitario (y de otros servicios, sociales y económicos, para los cuales no se prevé una obligación constitucional de prestación pública), debería tener carácter *subsidiario* con respecto al de los sujetos privados, con el objetivo de suplir sus ineficiencias.

Aunque no se llegue a tanto, si bien lo considero preferible, ciertamente es imposible no reconocer que la determinación de las formas de integración de la actividad de los particulares en el ámbito del SSN constituye actualmente el objeto de un auténtico deber constitucional de las instituciones.

¹³ Este enfoque normativo —aparentemente noble y virtuoso, pero sobre cuya legitimidad constitucional se podría discutir, sobre todo después de haber tomado conciencia de los gastos que implica y del carácter limitado de los recursos—, constituye, en mi opinión, una de las más importantes causas del enorme gasto al que el Estado italiano ha tenido que enfrentarse por el coste del servicio sanitario.

Sobre esta cuestión, pero en sentido contrario, *cfr.* José Luis CARRO FERNÁNDEZ-VALMAYOR, “Pluralismo territoriale e Stato sociale nella prospettiva nazionale e comunitaria”, en “Le garanzie di effettività dei diritti nei sistemi policentrici”, Giuffrè Editore, Milán, 2003, pp. 177-192.

3.2. La disciplina legal

De acuerdo con la Ley de 1978, era competencia de las regiones, a través de los Planes Sanitarios Regionales, determinar las necesidades de centros sanitarios (hospitales, centros de salud y similares) dentro de su territorio, estableciendo en su caso, la oportunidad/necesidad de estipular convenios con instituciones privadas¹⁴.

Estos convenios con los particulares han de ser estipulados de acuerdo con los modelos tipo aprobados por el Consejo de Ministros, a propuesta del Ministro de Sanidad, previa consulta al Consejo Nacional de Salud, e incluirán, entre otras previsiones, las formas y los procedimientos para asegurar la integración de los centros privados con los respectivos de las USL.

Nos encontramos así con una situación en la que el servicio sanitario es gestionado, con una cierta preferencia, directamente por las USL, por medio de las estructuras y de las instituciones públicas, mientras que los entes privados pueden aspirar a convertirse en “distribuidores” mediante la firma de convenios adecuados a las necesidades previstas en el Plan Sanitario Regional.

Sin embargo, el aspecto más relevante es que el usuario no es libre de elegir si acude a una estructura pública, o a una privada concertada. De hecho el art. 25, apartado 8, establece que «el usuario puede acceder a los centros de salud y estructuras concertados para los servicios de diagnóstico instrumental y de laboratorio, cuando los entes públicos no satisfagan la demanda de acceso a dichos servicios en un plazo de tres días. En este caso la unidad de salud local facilita de inmediato la autorización, dejando constancia de esta circunstancia en el mismo formulario. La autorización no es obligatoria para las prescripciones, relativas a servicios cuyo coste, en base a la legislación vigente, corre enteramente a cargo del asistido». A su vez, el apartado 10 del mismo artículo establece que «las unidades locales de salud aplican medidas aptas para garantizar

¹⁴ Estos convenios tienen su equivalente en España en los conciertos. Sobre esta figura, *vid.* Marcos ALMEIDA CERREDA y Diana SANTIAGO IGLESIAS, “A xestión indirecta dos servizos sociais de titularidade autonómica en Galicia, en especial o concerto”, *De-reito. Revista Xurídica da Universidade de Santiago de Compostela*, n. 17.1, 2008, pp. 69-89.

que los servicios urgentes sean prestados con prioridad dentro de sus estructuras».

Por tanto es evidente que, este contexto, la contribución de los agentes privados en la prestación del servicio era del todo marginal.

Esta situación cambió radicalmente con la primera reforma llevada a cabo en los años 90, realizada por el Decreto Legislativo n. 502/1992.

En primer lugar, se establece el importante principio de libertad de elección del ciudadano entre las instituciones públicas y privadas que ofrecen servicios de atención médica en el ámbito del SSN. El acceso a las estructuras privadas concertadas ya no está subordinado, por tanto, a la incapacidad de las estructuras públicas de satisfacer la demanda de prestación del usuario en un plazo de tres días.

Se introduce, a continuación, el criterio de *acreditación* para los sujetos privados que deseen trabajar en el SSN.

El art. 8 *bis* del Decreto Legislativo 502, reformado por la Ley Bindi, establece que «las regiones aseguran niveles esenciales y uniformes de asistencia contemplados en el artículo 1, valiéndose de los centros directamente dirigidos por las empresas unidades sanitarias locales, por las empresas hospitalarias, por las instituciones universitarias y por los institutos de hospitalización y cuidados de carácter científico, así como por entes acreditados conforme al artículo 8 *quater*, respetando los acuerdos contractuales conformes al artículo 8 *quinquies*».

El apartado 3 establece una secuencia, llamada de las “3 A”, que comprende: la *autorización* necesaria para la puesta en marcha de estructuras sanitarias y para el ejercicio de actividades sanitarias; la *acreditación institucional* requerida para la prestación de servicios *por cuenta* del servicio nacional de salud; y el *acuerdo contractual*, necesario para cargar el coste de los servicios ofrecidos al sistema nacional de salud.

De hecho, se prevé que la puesta en marcha de estructuras sanitarias y el ejercicio de actividades sanitarias estén subordinados a la concesión de autorizaciones específicas. La competencia en materia de autorización recae sobre los ayuntamientos, quienes la ejercen de conformidad con las condiciones y términos establecidos por las leyes regionales. La concesión de la autorización va precedida de la verificación de la compatibilidad del proyecto por parte de la Región, verificación que debe

ser efectuada «en relación a las necesidades generales y a la ubicación territorial de las estructuras presentes en el ámbito regional, con el fin de mejorar, además, la garantía de accesibilidad a los servicios y valorar las áreas de inserción prioritaria de nuevas estructuras».

Esta disposición, cuyo ámbito de aplicación coincide con la totalidad de los sujetos que deseen emprender una actividad sanitaria, y por tanto también de aquellos que quieran desarrollarla sin ninguna relación con el SSN, podría ser considerada como una indebida reducción de la libertad de iniciativa económica privada.¹⁵ De hecho no se justifica adecuadamente por qué se ha de subordinar a una valoración pública ligada a las necesidades estimadas, la posibilidad de erogar servicios de pago a la colectividad.

Sin embargo, la jurisprudencia ha descartado remitir al Tribunal Constitucional esta cuestión, considerando que el art. 8 *ter* del Decreto Legislativo n. 502/1992 y art. 7 de la Ley regional n. 8/2004, de Apulia no son contrarias a los artículos 41 y 32 de la Constitución, en la medida en que no limitan la iniciativa económica ya que prevén una verificación de compatibilidad por parte de la Región, para autorizar la ampliación de una estructura sanitaria, que tiene como fin legítimo el «conseguir una calidad satisfactoria de los servicios sanitarios mediante una razonable y capilar distribución en el territorio, incluso con referencia a estructuras sanitarias con características propias de centros privados. Es más: tal característica supondría que más tarde una estructura similar podría ser insertada en el ámbito del Servicio Nacional de Salud por medio de la acreditación» (Consejo de Estado, Sección V, de 15 de octubre de 2009, n. 6324).

Una vez obtenido el permiso, los sujetos que deseen emprender una actividad sanitaria *por cuenta* del SSN tienen que conseguir la acreditación. Ésta se concede por la región a las organizaciones autorizadas, públicas (o equivalentes) o privadas (lucrativas o no), y a los profesionales que la soliciten que reúnan las siguientes características: 1) que se

¹⁵ Vid. por ejemplo, G. CORSO, *Il diritto alla salute tra istituzioni e società civile*, de G. CORSO y P. MAGISTRELLI, Torino, 2009, p. 25.

adecuen a los criterios de acreditación; 2) que se adecuen a las orientaciones de la programación regional; 3) y que su actividad sea valorada positivamente.

La acreditación es, pues, un acto con un cierto contenido discrecional¹⁶.

En este ámbito de la naturaleza de la acreditación, la jurisprudencia también ha señalado que «el nuevo régimen de acreditación de las estructuras sanitarias, conforme a los artículos 8, 8 *bis* y 8 *quater* del Decreto Legislativo 502/1992, si bien ha sustituido el preexistente, no ha modificado la naturaleza de la relación existente entre la estructura privada y el ente público responsable de la actividad sanitaria, por tanto, no pierde su naturaleza “concesional” (Consejo de Estado, Sección V, de 5 de mayo de 2008, n.1988).

De gran importancia es también el principio enunciado en el art. 8 *quater*, apartado 2, según el cual «la calidad de ente acreditado no se traduce en una obligación para las empresas y los entes del Servicio Sanitario Nacional de pagar el importe de los servicios prestados no incluidos en los acuerdos contractuales conforme al artículo 8-*quinquies*».

Aquí se encuentra la diferencia entre el ejercicio de una actividad sanitaria *por cuenta* del SSN y el ejercicio de una actividad sanitaria cargando los costes al SSN.

No todos los entes acreditados pueden pedir el reembolso por los servicios prestados a los particulares al SSN, sino sólo aquellos que hayan firmado los correspondientes acuerdos con las regiones y con las USL.

La función fundamental de estos acuerdos o contratos consiste en identificar el volumen de servicios que pueden ser suministrados por una estructura acreditada con la consiguiente obligación de reembolso por parte del SSN. De esta manera, la región debería ser capaz de mantener el gasto sanitario dentro de los límites predeterminados, evitando, por tanto, superar el techo máximo de gasto prefijado.

Obviamente, el reembolso a los operadores “concertados” se basa en tarifas establecidas por tipología de prestación.

¹⁶ En ese sentido, *cfr. Cons. Stato, Ad. plen.*, 2 de mayo de 2006, n. 8.

Así, la firma de uno o varios acuerdos constituye el objetivo de todo aquel que haya obtenido la acreditación. Es evidente que carece de sentido el desarrollo de la actividad sanitaria por cuenta del SSN si el coste de las prestaciones no es asumido por éste, y, por el contrario, corre a cargo del usuario.

Así lo entiende también el legislador al afirmar que «en el caso de no firmarse el acuerdo conforme al presente artículo, la acreditación institucional, conforme al artículo 8 *quater* de las estructuras y de los profesionales, que desarrollan servicios por cuenta del Servicio Sanitario Nacional, se anula» (art. 8 *quinquies*, apartado 2 *quinquies*, Decreto Legislativo n. 502/1992).

La determinación en sede contractual de la cantidad máxima de los servicios que las estructuras sanitarias pueden suministrar con derecho a reembolso por parte del SSN, varía según se trate de sujetos públicos o privados. La jurisprudencia considera que la única diferencia entre estructuras públicas y estructuras privadas «se puede encontrar en el deber de las primeras de proporcionar, dentro de los límites determinados por el orden estructural y organizativo, los servicios sanitarios solicitados o necesarios; servicios que, por el contrario, las segundas tendrían que suministrar exclusivamente dentro de los límites establecidos por el contrato»; esto deriva del hecho de que «tanto las estructuras públicas, como las privadas (...) prestan un servicio público, pero sólo las segundas lo hacen dentro de los límites establecidos contractualmente»¹⁷.

El mecanismo así descrito, de la secuencia autorización-acreditación-acuerdo (también llamado de las “3 A”), no ha producido los resultados esperados desde el punto de vista de la contención del gasto sanitario.

No se ha logrado fomentar adecuadamente la competitividad en este sector, favoreciendo la entrada de nuevos operadores, y, en consecuencia, no se ha conseguido una significativa aproximación de los precios de las prestaciones sanitarias a los costes reales de producción de las mismas.

En realidad, se ha producido, como ha señalado Guido CORSO, la ratificación o la expansión de lo existente¹⁸.

¹⁷ Vid. la importante sentencia del Consejo de Estado, Sección V, n. 1663 de 2004.

¹⁸ Vid. G. CORSO, *op. cit.*, p. 28.

4. La relación entre política y administración: la «empresarialización» de las USL

Los fenómenos de la separación entre la política y la administración y de la privatización de los instrumentos operativos se hallan tan estrechamente interrelacionados que es indispensable tratarlos de manera conjunta¹⁹.

Es una opinión común que la excesiva politización del sistema sanitario constituye una de las principales disfunciones que han afectado a su funcionamiento, contribuyendo a que se haya disparado el gasto sanitario.

Esta politización ha sido favorecida, principalmente, por la configuración inicial de las USL como “brazos operativos” de los ayuntamientos, gestionados por órganos (comité de gestión) elegidos por el pleno municipal, o por la asamblea de la asociación de ayuntamientos.

Así las cosas, la elección de los gestores no se efectuó, por regla general en función de sus capacidades técnicas, sino, principalmente, en función de criterios de lealtad política, como, por ejemplo, la afiliación a un determinado partido político²⁰.

A la politización del servicio de salud, y al crecimiento exponencial del gasto público, se sumó un clima cultural que aún no había asumido plenamente la problemática de la sostenibilidad financiera del Estado social y de los servicios que éste presta.

Por primera vez, en 1990, el Tribunal Constitucional con la sentencia n. 455 califica el derecho a la salud como un «derecho condicionado presupuestariamente»²¹.

¹⁹ La problemática de la relación entre política y administración, con especial referencia al SSN, ha sido tratada por A. ROMANO TASSONE, “L’azienda sanitaria tra tecnocrazia e democrazia”, en *Sanità Pubblica*, 1997, pp. 387 y ss.

²⁰ Es evidente, en este ámbito, que muchos de los designados emplearon sus puestos públicos para incrementar su popularidad dando lugar a prácticas clientelares. Es, en consecuencia, evidente, la ausencia de un sistema de buenas prácticas administrativas; sobre la necesidad, configuración y resultado de estos sistemas, *vid.*, los interesantes y esclarecedores trabajos: Marcos ALMEIDA CERREDA, “Transparencia y buenas prácticas en la Administración Públicas Gallega”, *Revista Jurídica Gallega*, n. 49, 2005, pp. 347-379; y Marcos ALMEIDA CERREDA y Diana SANTIAGO IGLESIAS, “Transparencia, buenas prácticas y gestión de la calidad en la actividad de la Administración pública gallega”, *Dereito. Revista Xurídica da Universidade de Santiago de Compostela*, en prensa.

²¹ *Vid.* F. MERUSI, *Servizi pubblici instabili*, Bologna, 1990.

En esta sentencia se puede leer: «al igual que en todo derecho a una prestación positiva, el derecho a obtener atención sanitaria, estando basado en una norma constitucional de carácter programático, —esto es, que impone un determinado fin a alcanzar— se garantiza a toda persona como un derecho constitucional que obliga al legislador ordinario a tener en cuenta el interés tutelado por ese derecho y los demás intereses constitucionalmente protegidos, así como los límites objetivos que el mismo legislador encuentra en relación a los recursos organizativos y presupuestarios de los que dispone en el momento de aplicar la norma».

Los primeros intentos del legislador de poner límites al descontrol del gasto se remontan a 1982, cuando con la Ley n. 181 se introdujo el “comité de control” entre los órganos de la USL, con la tarea de vigilar la correcta gestión administrativo-contable de la unidad, elaborando los informes necesarios y redactando una memoria trimestral destinada a la región y a los Ministerios de sanidad y de hacienda.

Sin embargo, son las reformas de 1992 y de 1999 las que dan un giro drástico a la organización de las unidades de salud locales.

Una vez cortado el cordón umbilical que las unía a los entes locales, la gestión de la USL se confió a una empresa (la llamada ASL)²².

Al frente de la empresa sanitaria ya no se encuentra un comité de personas designadas en base a criterios políticos por el municipio, sino un órgano unipersonal, el *director general*, responsable de la gestión, nombrado por la región entre licenciados que hayan tenido, en los últimos diez años, una experiencia mínima de cinco años en la dirección técnica o administrativa de entes, empresas u organizaciones, públicas o privadas.

Dentro del régimen jurídico de estos empleados públicos, hay que destacar dos aspectos. En primer lugar, el alto grado de incompatibilidad, legalmente establecido, entre el desempeño del cargo de director general de una empresa sanitaria y la asunción de cargos políticos locales, regionales o nacionales. En segundo lugar, dentro del citado régimen hay que subrayar que la actuación de los directores generales se halla sujeta

²² Sobre las empresas locales *vid.* António Cândido DE OLIVEIRA, “Empresas Municipais e Intermunicipais: entre o público e o privado”, *Os caminhos da privatização da Administração pública*, Coimbra Editora, Coimbra, 2001.

a evaluación por parte de las regiones; éstas valoran la gestión eficaz y eficiente de los servicios sanitarios a cargo de cada director general, teniendo en cuenta los objetivos y los recursos asignados a cada uno de ellos en el momento de su nombramiento²³.

Con función auxiliar respecto al director general, se prevé la existencia de un director administrativo y de un director sanitario, nombrados ambos por el director general entre personas con una formación adecuada.

Otro órgano de la ASL es el “consejo de control”, que ejerce funciones de control económico y legal, con la obligación de informar a la región al menos trimestralmente.

Dada la diversidad de los sistemas sanitarios regionales no es posible realizar una valoración global acerca de los resultados de esta transformación del modelo de gestión de los mismos. No obstante, se puede señalar que hay ámbitos donde no se ha logrado un avance decisivo: uno de ellos es, precisamente, la relación entre política y administración. En cierta medida, a nivel regional, se están reproduciendo algunas de las prácticas clientelares que antes se han denunciado.

5. Bibliografía

- ALMEIDA CERREDA, M., *Gli accordi tra pubbliche amministrazioni nell'ordinamento locale*, Bologna University Press, Bologna, 2004.
- “Los convenios interadministrativos en el Derecho italiano”, *Revista de Administración Pública*, n. 163, 2004.
- “Los acuerdos de programa en el Derecho local italiano”, *Revista de Estudios de la Administración Local*, n. 294-295, 2004.
- “Transparencia y buenas prácticas en la Administración Pública Gallega”, *Revista Jurídica Gallega*, n. 49, 2005.
- “La evaluación del desempeño de los empleados públicos. En particular, el establecimiento de sistemas de evaluación del desempeño en las

²³ Sobre la evaluación de empleados públicos, en particular, sobre la estructuración de los sistemas de evaluación, *vid.* el innovador trabajo de Marcos ALMEIDA CERREDA, “La evaluación del desempeño de los empleados públicos. En particular, el establecimiento de sistemas de evaluación del desempeño en las Administraciones locales”, *Anuario de Derecho Municipal*, Madrid-Barcelona, 2009, pp. 115 y ss.

- Administraciones locales”, *Anuario de Derecho Municipal*, Madrid-Barcelona, 2009.
- “Análisis crítico de la regulación, estructura y regime jurídico de los entes instrumentales en la Administración autonómica gallega”, *REGAP*, en prensa.
- ALMEIDA CERREDA, M. y SANTIAGO IGLESIAS, D., “A xestión indirecta dos servizos sociais de titularidade autonómica en Galicia, en especial o concerto”, *Dereito. Revista Xurídica da Universidade de Santiago de Compostela*, n. 17.1, 2008.
- “Transparencia, buenas prácticas y gestión de la calidad en la actividad de la Administración pública gallega”, *Dereito. Revista Xurídica da Universidade de Santiago de Compostela*, en prensa.
- BALDUZZI, R. (coord.), *I servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenza di sistema*, Milano, 2005.
- CORSO, G., *Il diritto alla salute tra istituzioni e società civile*, de G. CORSO y P. MAGISTRELLI, Torino, 2009.
- DE LORA DELTORO, P. (aut.), ZUÑIGA FAJURI, Alejandra (aut.) y MUÑOZ MACHADO, Santiago (pr.), *El derecho a la asistencia sanitaria: Un análisis desde las teorías de la justicia distributiva*, Iustel, Madrid, 2009.
- DE OLIVEIRA, A. C., “Empresas Municipais e Intermunicipais: entre o público e o privado”, *Os caminhos da privatização da Administração pública*, Coimbra Editora, Coimbra, 2001.
- FERRARA, R., *L’ordinamento della sanità*, Torino, 2007.
- JORIO, E., *Diritto sanitario*, Milano, 2006.
- MERUSI, F., *Servizi pubblici instabili*, Bologna, 1990.
- MOLASCHI, V., *I rapporti di prestazione nei servizi sociali*, Torino, 2008.
- MONEREO PÉREZ, J. L., MOLINA NAVARRETE, Cristóbal y MORENO VIDA, María Nieves (coords.), *La seguridad social a la luz de sus reformas pasadas, presentes y futuras: Homenaje al Profesor José Vida Soria con motivo de su jubilación*, Comares, Granada, 2008.
- RESCIGNO, G.U., “Principio di sussidiarietà orizzontale e diritti sociali”, *Dir. pubbl.*, 2002.
- ROMANO TASSONE, A., “L’azienda sanitaria tra tecnocrazia e democrazia”, *Sanità Pubblica*, 1997.