
Apuntes para una reflexión general sobre las transferencias sanitarias: el caso de Aragón

Alberto Larraz Vileta

Consejero de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Gobierno de Aragón

La Ley Orgánica 5/1996, de 30 de diciembre, de Reforma del Estatuto de Autonomía de Aragón, detalla el nuevo reparto competencial en materia de gestión de asistencia sanitaria de la Seguridad Social que se hará efectivo con el traspaso de INSALUD. Este hecho rubrica la aspiración de la Comunidad Autónoma de Aragón de continuar profundizando en el desarrollo de su Estatuto de Autonomía y su deseo de recibir las transferencias sanitarias. En este original trataré de analizar algunos de los aspectos que van a definir el proceso de transferencias en esta Comunidad Autónoma. Empezaré por ofrecer algunos trazos de la situación actual de la "Sanidad" en Aragón, definiré –a continuación– líneas maestras del Modelo de Sistema Sanitario al que aspiramos, en tercer lugar, describiré los pasos que está dando el Gobierno de Aragón para estar listo para recibir las transferencias sanitarias a partir del día 1 de enero de 2002 y por último, señalaré los elementos que deben

caracterizar el auténtico debate de las transferencias.

1. Situación actual de la Sanidad en Aragón

El escenario de oferta y demanda de servicios sanitarios se dibuja pronto, en Aragón.

- Mientras en España la proporción de mayores de 60 años está en torno al 15,5% en Aragón supera el 20%.
- Mientras que en España la densidad media está en 78 habitantes/Km² en Aragón no supera los 26 habitantes/Km².
- El porcentaje de camas públicas en Aragón es un 26% superior a la media de España y supone el 86% de la provisión de camas. De éstas, el 68% son camas de agudos. La oferta privada se circunscribe casi en su totalidad a la ciudad de Zaragoza.
- La reforma de la Atención Primaria está en su fase final: más del 93% de las zonas de salud están cubiertas

por equipos de atención primaria lo que supone que el 91,2% de la población aragonesa recibe asistencia según el nuevo modelo preconizado en la Ley General de Sanidad (LGS)⁽¹⁾.

- La cobertura de los distintos programas asistenciales evidencia enormes déficits en la provisión de servicios tan importantes como la atención a la Hipertensión o la Diabetes (ambos presentan coberturas medias inferiores al 60%), el programa de prevención de cáncer de cervix (se encuentra en el 25% de cobertura) o programas relevantes para nuestro entorno como el programa de detección de problemas del anciano, la atención al paciente inmovilizado o el programa de tratamientos fisioterápicos básicos (obtienen menos del 50% de cobertura).
- En cuanto al espacio de atención a la dependencia, los programas sociales de atención primaria resultan insuficientes y las plazas de "asistidos" están lejos de los estándares propuestos por el plan gerontológico nacional.
- Por último, cabe destacar la presencia de grandes centros de formación de especialistas: en Aragón se forma

un 30% más de especialistas MIR que la media nacional. Sin embargo, la Comunidad Autónoma no dispone de capacidad para absorber dicha producción.

En términos financieros, este escenario de oferta y demanda se traduce en un Gasto Sanitario Público⁽²⁾, de 132.449 millones (112.245 ptas. por habitante) y en Gasto Público Social⁽³⁾ de 18.920 millones (15.932 ptas. por habitante); en ambos casos, aproximadamente un 9% más que la media en España.

Sobre los condicionantes de este gasto, (y la futura suficiencia financiera de este sistema) cabe realizar las siguientes observaciones:

- a) La influencia del envejecimiento en la determinación del gasto y su distribución según quintiles de edad⁽⁴⁾, las proyecciones de sobreenvjecimiento en Aragón⁽⁵⁾ y la influencia de la dispersión

⁽²⁾ Gasto real de INSALUD en 1999. Informe INSALUD.

⁽³⁾ Gasto presupuestado para el año 2000: incluye presupuesto de la Comunidad Autónoma en Bienestar Social y Plan concertado del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

⁽⁴⁾ Ibern P. Copago farmacéutico: Nivel de concentración en pocos usuarios y diseño de alternativas. En Necesidad Sanitaria. Demanda y utilización. XIX de Economía de la Salud. Junio 1999.

⁽⁵⁾ De los 711 municipios de Aragón el 60% tienen más del 25% de mayores de 65 años. Plan demográfico de Aragón. Informe interno de la Dirección General de Ordenación, Planificación y Evaluación. Departamento de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

⁽¹⁾ Memoria INSALUD. Delegación Territorial 1998.

en el incremento de los costes fijos asociados a la provisión de servicios⁽⁶⁾ ponen sobre aviso del escaso margen para la gestión (reducción) de una gran parte del gasto incurrido en la actualidad así como del esfuerzo financiero futuro de la Comunidad Autónoma para dar niveles de asistencia semejantes a los actuales.

b) Por otro lado, el sistema sanitario en Aragón, eminentemente público, debe situarse ante la aspiración de los ciudadanos a incrementar la proporción de PIB destinado a servicios sanitarios⁽⁷⁾ en un entorno con escasa capacidad de penetración del mercado privado sustitutorio.

c) Por último, en el caso de Aragón, debemos considerar la reciente transferencia⁽⁸⁾ de los centros sanitarios y socio-sanitarios financiados y gerenciados por las Diputaciones Provinciales a la Comu-

nidad Autónoma: 800 funcionarios, 319 camas sanitarias, 421 camas psiquiátricas de larga estancia, 300 camas de larga estancia y más de 5.500 millones de financiación. Algunas de las modificaciones necesarias van a suponer incrementos en el gasto sanitario en los próximos años: los centros precisan de reformas estructurales y funcionales importantes lo que altera el equilibrio de financiación actual (algún centro catalogado como geriátrico deberá catalogarse como polivalente), las categorías y niveles profesionales de procedencia son distintos a los de la Comunidad Autónoma y a los futuros del INSALUD lo que obligará al ajuste (siempre al alza) de niveles y salarios, etc.

2. Modelo sanitario para Aragón

Más allá de la perspectiva financiera, la transferencia del INSALUD debe estar precedida por una clara definición del modelo sanitario que queremos para Aragón. En ese sentido se ha iniciado un proceso de debate en el que partidos políticos, organizaciones sindicales, colegios profesionales, organizaciones de consumidores y usuarios, representantes de entes locales, sector sanitario privado y sector empresarial han comenzado a elaborar un modelo de consenso.

Este modelo parte de unos principios irrenunciables en Aragón: financiación y

⁽⁶⁾ Un 15% más de capítulo 1 que en el resto de España, un 45% más de camas que la media de las comunidades autónomas y una correlación superior al 80% entre Gasto Total por Habitante y Gasto Farmacéutico son evidencia directa y síntoma de ese panorama restrictivo.

⁽⁷⁾ El Gasto Público Sanitario, en Aragón estaríamos situados en el 4,8% del PIB regional. La media OCDE del 1997 situaba el Gasto Sanitario Público como el 6,1% del PIB y en España el 5,7% del PIB (Eco-Salud OCDE 99). Por otra parte, la renta per cápita en Aragón un 8% superior a la media española según el Informe Económico de Aragón, 1998. Consejo de Cámaras de Comercio e Industria de Aragón. Zaragoza, 1999.

⁽⁸⁾ Decretos 126/2000, 127/2000 y 128/2000, de 29 de junio sobre traspaso de funciones, servicios y establecimientos sociales y sanitarios de las Diputaciones Provinciales a la Comunidad Autónoma de Aragón.

aseguramiento públicos y provisión eminentemente pública en la que lo privado resultará complementario. Queda por delimitar el modelo organizativo y de gestión en el que parece imprescindible considerar, analizar y pronunciarse sobre los siguientes aspectos:

2.1. Cooperación junto a competencia

Sin perder los elementos competitivos que existen en el sistema (derecho a elección del paciente, selección de hospital donde hubiese oportunidad, torneo por incentivos en atención primaria, etc.) será preciso *explorar la vía de la cooperación*, mecanismo más coherente con la cultura médica, con el espíritu del trabajo en equipo en los centros de salud y con la elaboración de vías clínicas en los centros hospitalarios. Por otra parte, esta vía permitirá aprovechar las economías de escala y disminuir los costes de transacción.

2.2. Área sanitaria como "comprador de servicios"

Para "garantizar"⁽⁹⁾ la salud de la población de referencia y ejercitar las funciones de "compra", el Área debe vigilar permanente los indicadores de salud, debe contratar los servicios (contrato-rela-

cional) que den respuesta a la evolución de los mismos y debe asegurar la utilización adecuada de los recursos y promover las acciones de mejora de calidad.

En la función de aseguramiento, cabe distinguir la gestión relacionada con los servicios sanitarios de aquella relacionada con los servicios no sanitarios:

a) Los *servicios sanitarios*, aquéllos relacionados con el paciente, deberán estar orientados desde la perspectiva de la gestión clínica: en lo meso, utilización adecuada de los servicios que se prestan, seguridad, efectividad y eficiencia, gestión del presupuesto con posibilidad de retorno de las ganancias, reparto a las unidades de gasto (introduciendo ajustes por riesgo), líneas de incentivos, etc.; en lo micro, guías de práctica y calidad basada en la evidencia.

Los límites a la externalización de servicios sanitarios fuera de los recursos propios están en la posibilidad de lucro, en la selección de riesgos y en costes de implantación superiores a los costes existentes.

b) La contratación de *servicios no clínicos* podrá realizarse con recursos propios, recursos nuevos de carácter público, recursos privados de carácter no lucrativo y recursos privados de carácter mercantil. Cuando los costes de la externalización superen los costes de concen-

⁽⁹⁾ Garantizar, en el sentido de Aseguramiento.

tración, convendrá explorar la cooperación, por ejemplo mediante la creación de empresas públicas que den servicio a distintos centros.

2.3. Espacio de asistencia a la dependencia (virtual) entre los servicios sanitarios y sociales, cuyo eje gestor sean las unidades de valoración

El espacio deberá contar con centros de estancias diurnas (para mantenimiento), residencias sociosanitarias (para cuidados poco específicos de larga estancia), centros polivalentes (de media y larga estancia con especificidad en el tratamiento subagudo, paliativos, etc.) y hospitales de día en la transición entre el ingreso y el paso a recursos de mantenimiento.

La cartera de servicios deberá contemplar la gestión de los flujos de pacientes entre los servicios sociales y sanitarios, el apoyo a los cuidadores informales, cuidados complementarios al domicilio, estancias diurnas de mantenimiento y apoyo social, cuidados sustitutivos del domicilio, cuidados de convalecencia, rehabilitación y cuidados paliativos.

2.4. Participación de los usuarios en la gestión del sistema

Para ello, además de desarrollar la función de aseguramiento de la autoridad sa-

nitaria convendrá promover los *órganos formales de gestión* (consejos de salud, consejos de gestión de área, etc.), incrementar la *capacidad de elección del usuario*, y ofrecer *información sistemática* sobre el funcionamiento de los servicios (información sobre su seguridad, eficacia y efectividad, sobre listas de espera, estancia media, existencia de programas de coordinación con la asistencia primaria, coberturas de programas preventivos en los centros de salud, existencia de programas ambulatorios, indicadores de resultados de investigación, programas de coordinación con el servicio sociosanitario, etc.).

3. El tablero de juego en las transferencias sanitarias: algunos pasos dados por la Comunidad Autónoma de Aragón

Además del diseño consensuado de un modelo, asumido el hecho de que se van a producir las transferencias (año 2003) y a la espera de mayor definición del procedimiento y de la decisión sobre el marco de financiación, el Gobierno de Aragón está trabajando, principalmente, en dos líneas: a) por un lado, el diseño e implementación de los planes estratégicos precisos para el desarrollo del Modelo de Sistema de Salud y; b) por otro lado, la adaptación organizativa y legislativa de sus estructuras administrativas.

3.1. El diseño e implementación de los planes estratégicos precisos para el desarrollo del Modelo de Sistema de Salud

En este momento el Departamento de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, en uso de sus funciones de ordenación y planificación ha puesto encima de la mesa 4 planes estratégicos: Plan SISS de Información Social y Sanitaria, Plan de Asistencia a la Dependencia, Plan de Atención a la Salud Mental y Plan de Urgencias-Emergencias. Por otra parte, ha delimitado el camino normativo del próximo año, proponiendo la elaboración de una Ley de Ordenación Social y Sanitaria que permita ver el proceso asistencial del individuo como un continuo y que no replique el modelo de separación entre lo social y lo sanitario.

a) Plan SISS de información social y sanitaria

El plan incluye tres programas: a) Programa SISS de sistemas de información social y sanitaria cuyo objetivo es definir la información que debe contener el sistema, los responsables de la misma, su periodicidad, elaborar los contratos-programa y difundir la información analizada y elaborada. En este programa el primer paso dado ha sido elaborar normativa ad

hoc⁽¹⁰⁾; b) Programa de Informatización de la Información cuyos objetivos son analizar las necesidades de software y hardware, instalar equipos y programas, formar a los usuarios de los mismos y elaborar un portal que contenga información estática y aplicativos para el intercambio y uso de la información; y c) Programa de Infraestructuras Informáticas –en colaboración con el Departamento de Presidencia y Relaciones Institucionales– cuyo objetivo es conectar todos los proveedores (incluidos los proveedores INSA-LUD) con las áreas de gestión de los dos Institutos Autónomos, y estos, a su vez, con los órganos de autoridad: Secretaría General Técnica, Dirección General de Ordenación, Planificación y Evaluación y Dirección General de Consumo (las tres del Departamento de Sanidad, Consumo y Bienestar Social), Departamento de Economía y Hacienda y Departamento de Presidencia y Relaciones Institucionales.

b) Plan de asistencia a la dependencia

Con los siguientes programas: a) creación de un “ente administrativo” dentro del Servicio Aragonés de Salud que recoja

⁽¹⁰⁾ Decreto 164/2000, de 5 de septiembre, del Gobierno de Aragón, por el que se regula el sistema de información asistencial, de ámbito social y sanitario en la Comunidad Autónoma de Aragón.

los centros asistenciales polivalentes que proceden de las transferencias de las Diputaciones Provinciales y que tenga como objetivos: la reforma estructural de los centros recibidos, diseño e implantación de planes funcionales en dichos centros según los principios del plan y ser interlocutor con INSALUD en la gestión de pacientes tributarios de recursos de media y larga estancia; b) creación de las unidades de valoración como directores del flujo de pacientes entre los recursos propios, INSALUD y centros concertados; c) conversión de plazas de válidos y asistidos en residencias del Instituto Aragonés de Servicios Sociales y creación de nuevas plazas residenciales para "asistidos"; d) creación de plazas de estancias diurnas; e) programa SSB sobre servicios sociales de base para el desarrollo de la detección precoz de problemas de dependencia y ayuda a domicilio; y f) programa "respiro" para familias cuidadoras de personas dependientes.

c) Plan de atención a la Salud Mental

Desarrollado específicamente por el Servicio Aragonés de Salud, tiene los siguientes programas: a) programa de Atención Comunitaria cuyos objetivos son incrementar los efectivos y centros necesarios para llegar a estándares; b) programa de creación de recursos inter-

medios: plazas de estancia media, de hospital de día y pisos tutelados; c) programa de Inserción Socio-Laboral en coordinación con el Instituto Aragonés de Servicios Sociales (empresas ocupacionales) y el Instituto Aragonés de Empleo (empresas de inserción); y d) Programa Dependencia: en coordinación con el plan de asistencia a la dependencia.

d) Plan de urgencias-emergencias

Plan realizado en coordinación con INSALUD, cuyos tres programas fundamentales son: a) desarrollo del Centro Coordinador de Urgencias-Emergencias en Aragón y su coordinación con el teléfono 112; b) dotación y formación a los Equipos de Atención Primaria como eje asistencial principal del plan; y c) dotación de unidades de transporte terrestre (Unidades de Soporte Vital Básico y Avanzado) y aéreo (helicóptero medicalizado).

3.2. Adaptación organizativa y legislativa de nuestras estructuras administrativas

Además de las modificaciones necesarias en la legislación de carácter general^{(11), (12)}, ha sido preciso realizar modifica-

⁽¹¹⁾ Ley Orgánica 5/1996, de 30 de diciembre, de Reforma del Estatuto de Autonomía de Aragón.

⁽¹²⁾ Ley 8/1999, de 9 de abril, de Reforma de la Ley 2/1989, de 21 de abril del Servicio Aragonés de Salud.

ciones normativas que afectan al funcionamiento administrativo y de gestión del departamento. En primer lugar, ha sido necesario diseñar una estructura que fuese capaz de integrar el Instituto Nacional de la Salud. En este sentido, el Decreto de Estructura⁽¹³⁾ señala las atribuciones del Departamento y de los Institutos Autónomos.

En segundo lugar, la actual diferencia entre el funcionamiento en materia económico-presupuestaria, de provisión de suministros y de gestión de personal entre la Diputación General de Aragón y el INSALUD obliga a realizar modificaciones legislativas que permitan situar a la Comunidad Autónoma en condiciones de asumir su actividad cotidiana sin interferencias en la prestación de servicios. Las iniciativas legislativas puestas en marcha en la Comunidad Autónoma que hacen referencia a este hecho son las siguientes:

- La ley 12/1998, de 22 de diciembre, de medidas tributarias, financieras y administrativas que introduce dos preceptos: uno referido a las normas para la integración del personal transferido y otra referente a la crea-

- ción de la Secretaría General Técnica del entonces Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo en atención a coordinar las transferencias de funciones y servicios del Estado en materia de asistencia sanitaria.
- En materia de control financiero y presupuestario, la ley 15/1999, de 29 de diciembre, de medidas tributarias, financieras y administrativas que introduce la figura del interventor delegado en el Servicio Aragonés de Salud y abre la posibilidad a la introducción progresiva del control financiero permanente. La misma ley, por otra parte, faculta al Consejero de Sanidad, Consumo y Trabajo⁽¹⁴⁾ para proponer o dictar normas y directrices en relación con el personal sanitario.
 - Por último, el proyecto de ley de medidas tributarias, financieras y administrativas del año 2001⁽¹⁵⁾ propone las modificaciones en materia de contratación de servicios y suministros y en materia de personal.

Por último, la ausencia de un espacio jurídico de asistencia a la dependencia obliga a desarrollar normativa específica

⁽¹³⁾ Decreto 141/1999, de 2 de noviembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la estructura orgánica del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo.

⁽¹⁴⁾ Actualmente Departamento de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

⁽¹⁵⁾ Pendiente de publicación en el Boletín Oficial de Aragón.

para la creación de un ente Sociosanitario que tenga como objetivos el diseño, desarrollo, gestión y coordinación de la atención sociosanitaria en la Comunidad Autónoma. En este ente se integrarían el conjunto de servicios, actividades y prestaciones cuyo fin fuera la prevención de la pérdida de autonomía personal y la protección y los cuidados precisos en caso de dependencia. Sus funciones serían: a) prestación de servicios sociosanitarios; b) gestión de centros, servicios y establecimientos sociosanitarios; c) identificación de recursos existente en el sistema sanitario y social susceptibles de realizar función sociosanitaria; d) establecer actuaciones de reorientación de recursos; e) elaborar planes tácticos y operativos y normas reguladoras; f) puesta en funcionamiento de los equipos de valoración de la dependencia; y g) promoción y establecimiento de medidas de apoyo a los cuidadores.

4. El tablero de juego en las transferencias sanitarias: el auténtico debate de las transferencias

No es una cuestión de afinar desajustes o de definir el proceso operativo en el que se van a producir las transferencias: convocatoria de comisión mixta, definición del proceso, cronograma de acti-

vidades. Ni siquiera de cuestiones ligadas al proceso de negociación y que suponen poner en la mesa el cálculo del coste efectivo de la transferencia y la intención subyacente de negociar en función de gasto real y no de presupuesto previsto en contrato-programa, o el tratamiento que van a recibir los costes indirectos y las inversiones en la determinación del coste efectivo o las compensaciones por el coste efectuado por el Gobierno Autónomo en materia de asistencia sanitaria durante las casi dos décadas de diferencia con las primeras transferencias de INSALUD.

Las cuestiones verdaderamente pendientes y que se deben resolver durante el tiempo en el que se producen las transferencias afectan a la continuidad del modelo de Sistema Nacional de Salud y al papel del Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) una vez realizadas las transferencias y a la sostenibilidad financiera del sistema, es decir, solucionar el debate de financiación selectiva frente a financiación vía LOFCA.

La continuidad del modelo de SNS pasa por clarificar el papel del MSC en el futuro como garante del aseguramiento: definir y garantizar las prestaciones básicas y la calidad de los proveedores de las mismas (acreditador de proveedores) incluso plantear la forma de acceso al siste-

ma: una sola tarjeta de identificación personal para todo el territorio nacional.

En cuanto a la sostenibilidad financiera del sistema, la elección del modelo de financiación juega un importante papel. El debate abierto navega entre argumentos más o menos sólidos y la mayor parte de las veces se sustenta en reticencias poco fundamentadas. Lo que sí es necesario es definir la serie de condiciones previas para migrar del actual modelo de financiación al modelo de financiación general de las Comunidades Autónomas (LOFCA). La primera condición se relaciona con los principios de suficiencia y autonomía financiera, la segunda con las particularidades del sistema sanitario en cuanto a los indicadores que determinan su gasto y la tercera con el sufrimiento que se inflige a una Comunidad Autónoma al aceptar la financiación con cargo a sus presupuestos.

El Sistema arrastra de forma crónica una insuficiencia financiera que podría mitigarse, según escenarios, con una inyección adicional de entre 0,5% y 1% del PIB. Esta condición sería necesaria (y no suficiente) para aceptar el ingreso en vía LOFCA. No suficiente porque quedaría por resolver la desigualdad de partida de algunas CCAA y la insensibilidad del modelo LOFCA a algunas de las especificidades del sistema sanitario. Pero, en to-

do caso, la inyección financiera debería ser el primer paso antes de continuar con la propuesta.

En segundo lugar, parece poco factible resolver la desigualdad de partida entre comunidades introduciendo factores de reparto en una única fórmula. Un vistazo general a los determinantes de gasto sanitario, sugiere la enorme dificultad de elaborar un mapa de variables que satisfagan la normal convivencia entre CCAA (entiéndase el sostenimiento del Sistema Nacional de Salud): las variables que a unas favorece, a otras perjudica. Por otra parte, las diferencias en el gasto per cápita entre CCAA son muy sensibles a la política financiera⁽¹⁶⁾; la financiación vía LOFCA podría suponer potenciar diferencias poco coherentes con la idea de Sistema Nacional de Salud que todos deseamos. Los fondos específicos para determinados aspectos (centros de excelencia y referencia, docencia e investigación, etc.) y los fondos de compensación para otros (situación de partida en las inversiones) podrían continuar siendo la mejor solución para estas especificidades de lo sanitario que no se recogen en el modelo LOFCA.

En tercer lugar, las CCAA de pequeño tamaño (menos de un millón de habitan-

⁽¹⁶⁾ Los coeficientes de variación de gasto per cápita entre los años 1993 y 1997 han ido decreciendo desde el 8,38% al 5,46%.

tes) sufrirían enormemente los desvíos del gasto sanitario. Señalar con un ejemplo que la factura de farmacia (que supera el 20% del gasto sanitario) se desvió en el año 1999 un 10,01% de media en el territorio INSALUD (9,95% incluidas las comunidades no transferidas). En CCAA como Aragón mantener esa desviación anual (escenario muy verosímil) supone 3700 millones anuales de incremento, un 10% del actual escenario presupuestario del Departamento de Sanidad, Consumo y Bienestar Social del Gobierno de Aragón⁽¹⁷⁾.

Por último, las cautelas en el pronunciamiento sobre la elección del modelo de financiación vía LOFCA, se amplifican

en escenarios financieros con déficit "CERO" y en el actual marco de responsabilidad fiscal. Y nadie puede asegurar, y ese es un miedo racional, que las restricciones presupuestarias que se plantean dentro de la vía LOFCA pudiesen ser suficientes para financiar el actual sistema y sus, más que previsibles, incrementos.

En consecuencia, las transferencias sanitarias no consisten sólo en calcular el coste efectivo de las mismas y negociar según los intereses de cada parte sino en introducir y profundizar en el debate de la continuidad del Sistema Nacional de Salud, como tal Sistema Nacional de Salud, y de su sostenibilidad financiera.



⁽¹⁷⁾ No debemos olvidar, por otra parte, que el efecto de la gestión de INSALUD en el control del gasto farmacéutico resulta irrelevante en comparación con la influencia de las políticas de desarrollo de genéricos, negociación de precios de referencia y puerta de entrada a nuevos productos farmacéuticos; y estas atribuciones no van a ser transferidas a las Comunidades Autónomas.