

El objetivo de garantizar la sostenibilidad, la cohesión y la calidad del sistema nacional de salud. Insuficiencia de los instrumentos legales existentes y propuestas de reforma¹

The objective of ensuring the sustainability, cohesion and quality of the national health system. Inadequacy of existing legal instruments and reform proposals

MARÍA NIEVES MORENO VIDA

*Catedrática de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social
Universidad de Granada*

 <https://orcid.org/0000-0002-0600-8332>

Resumen

El reto de crear sistemas de salud innovadores, eficientes y sostenibles exige hoy un mejor diseño de los servicios, intervenciones en toda la cadena de atención, mayor énfasis en la autogestión de los pacientes y una mayor vinculación entre salud y asistencia social. Es necesario profundizar en las herramientas de coordinación y de cohesión territorial de la atención sanitaria en los distintos niveles europeo, nacional y autonómico (asistencia sanitaria multinivel), de forma que se afiancen los aspectos positivos y se mitiguen las deficiencias detectadas. Otro reto importante para garantizar la protección de la salud es conseguir la reducción de las desigualdades en materia de salud, tanto socioeconómicas como geográficas. El SNS sigue adoleciendo de importantes deficiencias y debilidades, entre las que destacan especialmente: la falta de universalidad del sistema, las vías de privatización y gestión indirecta que se mantienen en nuestro modelo, la ausencia de una coordinación territorial eficaz, la ineficacia de la acción preventiva y la necesidad de integrar la salud en todas las políticas, la deficiente coordinación sociosanitaria, la ausencia de un gasto farmacéutico racional, el desmantelamiento de la atención primaria.

Abstract

The challenge of creating innovative, efficient and sustainable health systems today requires better service design, interventions throughout the care chain, greater emphasis on patient self-management, and a greater link between health and social care. It is necessary to deepen the tools of coordination and territorial cohesion of health care at the various European, national and regional levels (multilevel health care), so that the positive aspects are strengthened and the deficiencies identified are addressed. Another major challenge in ensuring health protection is to reduce health inequalities, both socio-economic and geographical. The NHS continues to suffer from significant shortcomings and weaknesses, including: the lack of universality of the system, the paths of privatization and indirect management maintained in our model, the absence of effective territorial coordination, the ineffectiveness of preventive action and the need to integrate health into all policies, the lack of social and health coordination, the absence of rational pharmaceutical expenditure, the dismantling of primary care.

Palabras Clave

Salud; cohesión; calidad; Sistema Nacional de Salud; reformas

Keywords

Health; cohesion; quality; National Health System; reforms

1. LAS TENSIONES DE LOS SISTEMAS NACIONALES DE SALUD: LOS RECORTES DEL GASTO PÚBLICO, LA PRIVATIZACIÓN Y LA PRESIÓN DERIVADA DE LA PANDEMIA DE LA COVID-19

Para hacer frente a los problemas de salud pública que hoy día son comunes en la mayor parte de los países europeos (tales como las enfermedades crónicas, la morbilidad múltiple u obesidad y problemas de salud mental) y a las situaciones de crisis sanitarias derivadas de pandemias como la vivida actualmente se requiere que los distintos modelos de sistemas de salud sean sostenibles y sean resistentes.

¹ Estudio realizado en el seno del Proyecto de Investigación B-SEJ-213-UGR18 “Retos de la modernización de la asistencia sanitaria en Andalucía: Cohesión interterritorial, envejecimiento y revolución digital. Proyectos I+D+i del Programa Operativo FEDER 2018. Junta de Andalucía-Consejería de Economía y Conocimiento. Universidad de Granada

Ya el “Informe sobre la Salud en el Mundo. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal” (OMS, 2010) ponía el acento en esta cuestión. Partiendo de que la buena salud es fundamental para el bienestar humano y para el desarrollo económico y social sostenible, la OMS fija el objetivo de “desarrollar los sistemas de financiación sanitaria para garantizar que todas las personas puedan utilizar los servicios sanitarios mientras están protegidas contra las dificultades económicas asociadas al pago de los mismos”.

En Europa la mayor parte de los países cuentan con unos sistemas de salud públicos -con distintos modelos en cuanto a su financiación y gestión y en cuanto al catálogo de prestaciones- que garantizan una adecuada protección de la asistencia sanitaria a la población. No obstante, todos los Sistemas Nacionales de Salud están sometidos a continuos debates sobre su extensión (en cuanto a las personas protegidas y en cuanto a los procedimientos y carteras de servicios incluidas en los mismos) y sobre sus límites, y especialmente respecto a su viabilidad financiera. Existen continuas tensiones entre los recursos disponibles y el progresivo incremento del gasto, en gran medida como consecuencia de la costosa incorporación de la innovación en los sistemas sanitarios (procedimientos, tecnología, fármacos...) y del incremento de enfermedades crónicas y comorbilidades (“morbilidad asociada”) como consecuencia del incremento de la esperanza de vida y envejecimiento de la población.

Desde la Comunicación de la Comisión, de 5 de diciembre de 2001, titulada «*El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera*»³, la Unión Europea proponía tres objetivos a largo plazo: el acceso a la atención sanitaria para todos, un alto nivel de calidad de la oferta de asistencia y la sostenibilidad financiera de los sistemas nacionales de la salud. Y en relación con el objetivo de la sostenibilidad financiera se destacaba que la presión en alza de los costes de la asistencia sanitaria se hace sentir independientemente del modo en que se organicen los sistemas de asistencia médica de los Estados miembros, señalando que éstos, desde el comienzo de los años 90, han llevado a cabo reformas basadas en dos elementos principales: a) la regulación de la demanda, mediante el aumento de las cotizaciones o una creciente cobertura de los gastos por parte del consumidor final (es decir, establecimiento de “copagos”); b) la regulación de la oferta, a través del establecimiento de presupuestos o dotaciones fijas para las prestaciones de asistencia, y la dotación de un carácter «contractual» a los compradores y proveedores de atención sanitaria (lo que, en realidad, quiere decir recortes del gasto público y privatizaciones). Sin embargo, frente a los retos de los sistemas públicos de salud no se pueden llevar a cabo medidas con efectos a corto plazo, sino reformas estructurales que hagan frente al objetivo de la protección de la salud sin iniquidad y de forma eficiente y sostenible.

La tensión a la que están sometidos los sistemas de salud se agravó como consecuencia de la crisis económica de 2008, que provocó un fuerte descenso en los niveles del gasto sanitario a partir de los recortes que se aplicaron, afectando principalmente al personal -con un inmediato reflejo en las listas de espera para la atención primaria y especializada y, en particular, para intervenciones quirúrgicas y en el número de camas hospitalarias disponibles- y al gasto farmacéutico. Como se reconoce en todos los informes recientes, esto ha condicionado la respuesta eficaz a la pandemia provocada por la COVID-19 y se ha agravado después. Como se indica en el Informe SESPAS 2022, “*La respuesta a la pandemia de la COVID-19. Lecciones aprendidas*”⁴, el inesperado reto para la salud pública que ha

² Vid. el interesante y profundo estudio del profesor Félix Lobo: *La economía, la innovación y el futuro del Sistema Nacional de Salud*. Funcas, 2017.

Disponible en: <https://www.funcas.es/publicaciones/Sumario.aspx?IdRef=9-08017>

³ Comunicación de la Comisión, de 5 de diciembre de 2001, titulada *El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera* [COM (2001) 723 final - no publicada en el Diario Oficial].

⁴ El Informe SESPAS se elabora cada año por la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. El correspondiente a 2022, “*La respuesta a la pandemia de la COVID-19. Lecciones aprendidas*”, se compone de 17 artículos a través de los cuales se analiza el impacto y las consecuencias de la pandemia en nuestro país, y se extraen

supuesto la pandemia de la COVID-19 “se ha afrontado desde el desconocimiento y con los recursos existentes, evidenciando carencias tanto en estructuras sanitarias como en el ordenamiento jurídico”⁵.

Es innegable, como señala Monereo Pérez⁶, que los Sistemas Sanitarios Nacionales se encuentran en el centro de complejos debates sobre la mejora de las condiciones de la calidad de vida de la población, el control de gasto público, el uso racional de los servicios, el papel de la iniciativa privada, etc. En todo ello se plantea el “debate entre los espacios respectivos de lo público y de lo privado”, que se inclina cada vez más hacia el fomento de las diversas formas de prestación privada⁷, promoviendo de forma interesada una creciente desconfianza de los ciudadanos en la sanidad pública (los seguros médicos privados crecen a la par que las listas de espera en la sanidad pública). Es indiscutible que el mercado de servicios sanitarios privados ha tenido, en España como en otros países, un crecimiento extraordinario. Pese a todo, los Informes ponen de manifiesto que la población sigue confiando en la sanidad pública, especialmente para hacer frente a problemas serios de salud.

Todas las previsiones en el ámbito de la Unión Europea señalan la existencia de una continua presión sobre el gasto público en asistencia sanitaria, por lo que es imprescindible equilibrar las necesidades de asistencia sanitaria con los recursos disponibles⁸. Ese objetivo, como sintetiza Monereo Pérez⁹, se asienta en dos criterios diferenciados: Por una parte, la racionalización del coste, a través de medidas dirigidas a la reducción del gasto farmacéutico, la innovación de terapias e intervenciones que reduzcan el tiempo de hospitalización y la educación sanitaria preventiva. Por otra parte, la reducción del coste (recorte del gasto) por un menor compromiso público y privatización de las formas de organización del servicio. En esta última línea, la mayor parte de los países pusieron en práctica, sobre todo tras la crisis económica de 2008, medidas para reducir el gasto público en sanidad, especialmente reduciendo el alcance, la amplitud y la profundidad de la cobertura pública. Estas reformas hicieron recaer algunos de los costes de la atención sanitaria y los medicamentos en los hogares¹⁰.

Por todo ello, el reto de crear sistemas de salud innovadores, eficientes y sostenibles exige hoy un mejor diseño de los servicios¹¹, intervenciones en toda la cadena de atención, mayor énfasis en la autogestión de los pacientes y una mayor vinculación entre salud y asistencia social. Para contribuir

algunas lecciones aprendidas de la crisis. Está publicado en la revista *Gaceta Sanitaria*, Volume 36, Supplement 1, 2022 (publicado en abierto).

⁵ Pedro Gullón, Blanca Lumbreras, Fernando-Ignacio Sánchez-Martínez, Federico de Montalvo-Jaaskeläinen, María Teresa Ruiz-Cantero: “La Salud Pública y la Administración Sanitaria ante la pandemia de COVID-19”. *Informe SESPAS 2022, “La respuesta a la pandemia de la COVID-19. Lecciones aprendidas”*, publicado en *Gaceta Sanitaria*, Volume 36, Supplement 1, 2022, Pages S1-S3 [Gac Sanit. 2022;36 (S1):S1-S3]. DOI: 10.1016/j.gaceta.2022.05.002

⁶ Vid. MONEREO PÉREZ, J.L.: “Protección de la salud”, en AAVV: *La Europa de los Derechos. Estudio sistemático de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea* (Monereo Atienza, C. y Monereo Pérez, J.L., Dirs.), Edit. Comares, Granada 2012, pp. 960-961.

⁷ FREIRE CAMPO, J.M.: “Público y privado en la sanidad”, en *Tiempo de Paz*, núm. 142, otoño 2021, monográfico sobre *Público y privado en el nuevo papel del Estado*, coordinado por J. Vida Fernández.

⁸ Comisión Europea (CE). *The 2015 Ageing Report. Economics and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060)*. European economy 3/2015. [Informe sobre el Envejecimiento 2015. Proyecciones económicas y presupuestarias para los 28 Estados miembros de la UE (2013-2060)]. Comisión Europea (CE). ISSN 0379-0991

⁹ MONEREO PÉREZ, J.L.: “Protección de la salud”, *op.cit.*, p. 964; MONEREO PÉREZ, J.L.: “El derecho a la salud y a la asistencia sanitaria en los ordenamientos interno e internacional”, en Monereo Pérez, Rivas Vallejo, Moreno Vida, Vila Tierno y Álvarez Cortés (Dirs.): *Salud y asistencia sanitaria en España en tiempos de pandemia COVID-19*, Thomson Reuters Aranzadi, Navarra, 2021, págs. 190 y sigs.

¹⁰ Para el caso de España, *vid.* Comisión Europea: *State of Health in the EU. España. Perfil sanitario del país 2017*. Disponible en https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_es_spanish.pdf.

¹¹ Vid. al respecto, GIRELA MOLINA, B.: *Gestión administrativa de la asistencia sanitaria en el sistema nacional de salud*. Tesis doctoral. Universidad de Granada, 2014 (Tesis en acceso abierto en: DIGIBUG); Girela Molina, B.: “Situación actual y tendencias en la gestión de la asistencia sanitaria en el sistema nacional de salud”, *Revista General de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social*, N.º. 38, 2014; y del mismo autor, “La gestión de la asistencia sanitaria en una encrucijada”, *Revista de derecho de la seguridad social*, N.º. 4, 2015, págs. 51-74.

a ello se debe reconocer y desarrollar herramientas y mecanismos a escala de la Unión Europea para hacer frente a la escasez de recursos y facilitar la introducción voluntaria de innovaciones en estrategias de intervención y prevención en materia de salud pública. Entre otras medidas, se ha señalado que “la crisis podría estimular la promoción de la salud comunitaria y las políticas intersectoriales”¹².

En esa línea, señala el Profesor Félix Lobo¹³ que “para garantizar la sostenibilidad de los Sistemas Nacionales de Salud la primera línea de actuación es gastar menos, pero no a través de recortes en las prestaciones o en la disponibilidad de recursos, sino logrando que disminuya la incidencia y prevalencia de las enfermedades mediante actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades, lo que implica aplicar a la salud una perspectiva poblacional y no meramente individual. Esto es cada vez más importante hoy día para disminuir la presión sobre sistemas sanitarios que han pasado de tratar enfermedades agudas a crónicas, con costosos tratamientos y un gasto farmacéutico en aumento a lo largo de periodos muy prolongados para cada enfermo”. Junto a ello, se destaca como segunda línea de trabajo el objetivo de gastar de mejor manera, aumentando la eficiencia del gasto, lo que requiere previamente resolver una serie de problemas que se sintetizan en: “un problema de actitudes ciudadanas y de la opinión pública sobre el Estado de Bienestar y el gasto público; un problema organizativo de gran complejidad referido a la desintegración de la atención primaria y la atención especializada; problemas de recursos humanos e incentivos; la falta de aplicación sistemática de la evaluación de tecnologías sanitarias con carácter normativo”.

La *Comunicación de la Comisión sobre sistemas sanitarios eficaces, accesibles y adaptables* de 2015¹⁴ señalaba los siguientes factores necesarios para mantener servicios asistenciales accesibles y eficaces:

- Mecanismos de financiación estables, que permitan planificar con eficacia la inversión y facilitar la continuidad de los servicios de organización y gestión de la atención sanitaria.
- Métodos eficaces de ajuste por riesgos y de mutualización de los riesgos como instrumento clave para garantizar que los recursos se gasten con arreglo a las necesidades.
- Buena gobernanza, consistente en establecer bien las responsabilidades de gestión del sistema sanitario y sus principales componentes, un fuerte liderazgo, mecanismos sólidos de contabilidad y una clara estructura organizativa.
- Flujos de información en el sistema, que permitan un buen conocimiento de los puntos fuertes y débiles y monitorizar la información, tanto a nivel de cada paciente como de los servicios de asistencia sanitaria, para que los gestores de los sistemas de salud puedan tomar decisiones a medida y bien fundamentadas en subsectores específicos.
- Cálculo preciso de los costes de la asistencia sanitaria, que permita conocer de qué modo corresponden los costes a los recursos humanos y materiales; cómo contribuyen los recursos a las actividades (intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas); de qué manera las actividades se concretan en actos médicos, y cómo repercuten

¹² Vid. SEGURO BENEDICTO, A.: “Recortes, austeridad y salud. Informe SESPAS 2014”, *Gaceta Sanitaria* 2014; 28 (S1), 7-11. Sobre la salud comunitaria y las políticas intersectoriales, vid. *Gaceta Sanitaria*, Vol. 32. Núm. S1, 2018, Monográfico “Salud comunitaria y Administración Local”.

¹³ Vid. Félix Lobo: *La economía, la innovación y el futuro del Sistema Nacional de Salud*. Funcas, 2017, pág. 207.

¹⁴ *Comunicación de la Comisión Sobre sistemas sanitarios eficaces, accesibles y adaptables* Bruselas, 16.1.2015 COM(2014) 215 final/2. Aunque la Comisión Europea reconoce que conseguir unos sistemas sanitarios eficaces, accesibles y adaptables es una tarea que incumbe principalmente a los Estados miembros, en esta Comunicación expone varias iniciativas mediante las cuales la UE puede ayudar a sus decisores y establece un Plan de trabajo de la UE para lograr dicho objetivo.

estas últimas en la salud. La evaluación de la tecnología sanitaria es fundamental para medir la eficacia de las intervenciones y el cálculo correcto de los costes de los servicios. Poder presupuestar con exactitud los servicios sanitarios no solo es necesario para controlar el gasto, sino que también es una condición previa para tomar decisiones eficaces en materia de inversiones y de prioridades.

- Personal sanitario capaz y cualificado y motivado. Se considera que disponer de una estructura eficaz de incentivos, de buenas condiciones laborales y de estabilidad es vital para mejorar el rendimiento de los profesionales de la salud y para garantizar que la atención se centre en la prestación directa de asistencia sanitaria.

Los nuevos retos para la salud de la población, cada vez más acuciantes, exigen nuevos planteamientos estratégicos. Es necesario profundizar en las herramientas de coordinación y de cohesión territorial de la atención sanitaria en los distintos niveles europeo, nacional y autonómico (asistencia sanitaria multinivel), de forma que se afiancen los aspectos positivos y se mitiguen las deficiencias detectadas.

En primer lugar, la evolución demográfica está cambiando los patrones patológicos e introduce nuevas cargas -o cambian cuantitativa o cualitativamente las ya existentes- que pesan sobre la sostenibilidad de los sistemas sanitarios de la Unión Europea. En esta evolución destacan el envejecimiento de la población y el número cada vez mayor de pacientes con enfermedades crónicas o de larga duración que están incrementando las hospitalizaciones, asistencia continua y mayores costes sanitarios. Como se indica en el *Libro Blanco del IMSERSO sobre Envejecimiento Activo*¹⁵, hoy las personas mayores son los grandes usuarios de los servicios sanitarios (estando, en general, bastante satisfechos con ellos), la atención primaria ocupa un lugar preferente tanto en la prevención como en la asistencia de las personas mayores y las tasas de hospitalización aumentan conforme aumenta la edad, así como la duración de las estancias. Falta, sin embargo, mejorar de manera importante la coordinación sociosanitaria y la atención sanitaria en los centros residenciales; problemas cuya gravedad ha puesto de manifiesto la reciente pandemia de la COVID-19. Por ello, favorecer el envejecimiento saludable significa por un lado promover la salud a lo largo de toda la vida, a fin de prevenir desde una edad temprana los problemas de salud y las discapacidades, y por otro luchar contra las desigualdades en materia de salud asociadas a factores sociales, económicos y medioambientales.

En segundo lugar, se han planteado nuevos riesgos para la salud que derivan de la globalización, de los conflictos del mundo actual y del cambio climático. Las pandemias, los incidentes físicos y biológicos graves y el bioterrorismo suponen, según destaca la Comisión Europea, acuciantes amenazas potenciales para la salud. El cambio climático está también en el origen de nuevos patrones de enfermedades contagiosas. Frente a estos retos, en la Unión Europea se plantea la necesidad de coordinación y de una respuesta rápida a estas amenazas para la salud a escala mundial, así como el refuerzo de las capacidades de la CE y de terceros países en este ámbito. A todo ello, sin embargo, no se le ha dado respuesta aún, como ha puesto de manifiesto la reciente pandemia y como destacan reiteradamente todos los informes internacionales sobre la incidencia en la salud del cambio climático.

En tercer lugar, los sistemas de atención sanitaria han evolucionado mucho en los últimos años, en parte como consecuencia del rápido desarrollo de nuevas tecnologías, que están revolucionando la forma en que fomentamos la salud y predecimos, prevenimos y tratamos las enfermedades. Se trata de tecnologías de la información y la comunicación (TIC), innovaciones en genómica, biotecnología y nanotecnología.

¹⁵ *Libro Blanco del IMSERSO sobre "Envejecimiento Activo"*, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Madrid, 2011, págs. 259-260.

La percepción de todos estos cambios dieron lugar ya en 2014 a la aprobación del *Reglamento (UE) N° 282/2014 de 11 de marzo de 2014 relativo a la creación de un tercer programa de acción de la Unión en el ámbito de la salud para el período 2014-2020*¹⁶. En él se reitera el objetivo fundamental, conforme al art. 168 TFUE, de garantizar un alto nivel de protección de la salud humana en la definición y ejecución de todas las políticas y acciones de la Unión. Se establece que la Unión debe complementar y apoyar las políticas nacionales en materia de salud, fomentar la cooperación entre los Estados miembros y facilitar la coordinación entre sus programas, respetando íntegramente las responsabilidades de los Estados miembros por lo que respecta a la definición de sus políticas de salud, así como a la organización y prestación de servicios sanitarios y atención médica.

Conforme a los retos antes señalados, el Programa fijado a través de este Reglamento comunitario establece que los objetivos generales del mismo serán: complementar y apoyar las políticas de los Estados miembros para mejorar la salud de los ciudadanos de la Unión y reducir la desigualdades sanitarias promoviendo la salud, fomentando la innovación en la sanidad, aumentando la sostenibilidad de los sistemas sanitarios y protegiendo a los ciudadanos de la Unión de las amenazas transfronterizas graves para la salud. La innovación en materia de salud se debe entenderse como una estrategia en materia de salud pública que se base en los siguientes aspectos: no debe limitarse a los avances tecnológicos en términos de productos y servicios; se deben centrar también en estrategias de prevención, la gestión del sistema sanitario; la organización y la prestación de servicios sanitarios y asistencia médica; y la mejora de la rentabilidad y la sostenibilidad de los servicios sanitarios y la atención médica.

La Comisión ejecutará el Programa mediante la adopción de programas anuales de trabajo¹⁷, adoptados mediante actos de ejecución, que establecerán, en particular, las acciones que deban emprenderse, incluida la asignación indicativa de recursos financieros. Para ello se establecen cuatro grandes prioridades temáticas:

1. Promover la salud, prevenir las enfermedades y fomentar entornos que propicien estilos de vida saludables, teniendo en cuenta el principio de «salud en todas las políticas».
2. Proteger a los ciudadanos de la Unión de las amenazas transfronterizas graves para la salud.
3. Contribuir a unos sistemas sanitarios innovadores, eficientes y sostenibles.
4. Facilitar el acceso de los ciudadanos de la Unión a una asistencia sanitaria mejor y más segura.

La promoción de la salud a nivel de la Unión Europea es también parte integrante de «*Europa 2020: Una estrategia para un crecimiento inteligente, sostenible e integrador*» («*Estrategia Europa 2020*»), adoptada mediante Comunicación de la Comisión de 3 de marzo de 2010 [COM(2010) 2020 final]. Dentro de la prioridad “Crecimiento integrador: una economía con un alto nivel de empleo que promueva la cohesión económica, social y territorial”¹⁸, se incluyen una serie de medidas, entre

¹⁶ *Reglamento (UE) N° 282/2014 del Parlamento Europeo y del Consejo de 11 de marzo de 2014 relativo a la creación de un tercer programa de acción de la Unión en el ámbito de la salud para el período 2014-2020 y por el que se deroga la Decisión n° 1350/2007/CE* (Texto pertinente a efectos del EEE) (DOUE 21.3.2014 L 86/1)

¹⁷ Programas anuales de trabajo que serán adoptados de conformidad con el Reglamento (UE, Euratom) n° 966/2012 y los criterios establecidos en el anexo II de citado Reglamento.

¹⁸ Dentro de esta prioridad se establece: “El crecimiento integrador significa dar protagonismo a las personas mediante altos niveles de empleo, invirtiendo en cualificaciones, luchando contra la pobreza y modernizando los mercados laborales y los sistemas de formación y de protección social para ayudar a las personas a anticipar y gestionar el cambio, y a construir a una sociedad cohesionada. También es esencial que los beneficios del crecimiento económico se difundan por toda la Unión, incluso en sus rincones más remotos, reforzando así la cohesión territorial. Y también abarca la idea de garantizar el acceso y las oportunidades para todos, independientemente de su edad. Europa

las que destaca la modernización y consolidación de los sistemas de protección social y se considera necesario llevar a cabo un esfuerzo importante para combatir la pobreza y la exclusión social, reducir las desigualdades en materia de salud y asegurarse de que todos puedan beneficiarse del crecimiento. Igualmente importante será la capacidad para alcanzar el objetivo de promover una vida sana y activa de una población envejecida que permita la cohesión social y una productividad mayor. En este ámbito, dentro de la “Estrategia Europa 2020” se incluye la iniciativa emblemática «Plataforma europea contra la pobreza», dentro de la cual, a escala de la UE, la Comisión asume la tarea de “Evaluar la adecuación y viabilidad de los sistemas de protección social y de pensiones y estudiar los medios de garantizar un mejor acceso a los sistemas sanitarios” y, en su respectivo nivel, los Estados miembros necesitarán “Desplegar completamente sus sistemas de seguridad social y de pensiones para asegurar un apoyo adecuado a las rentas y el acceso a la atención sanitaria”.

Ahora, junto a los retos ya identificados anteriormente, se añaden nuevos retos derivados de la crisis sanitaria por la COVID-19 que exigen respuestas adecuadas para garantizar sistemas de salud públicos resilientes, eficaces, sostenibles y modernos.

Porque, en efecto, todos estos Programas y Estrategias en salud se han visto, en gran medida, sobrepasados por la reciente pandemia. La pandemia de la COVID-19 ha provocado una crisis de salud mundial que ha dado lugar a la crisis humana, económica y social más grave de la época moderna. En marzo de 2020, el Secretario General de las Naciones Unidas publicó el informe «Responder ante las repercusiones socioeconómicas de la enfermedad por coronavirus de 2019», en el que da absoluta prioridad a seguir dando “una respuesta de salud pública”, vinculando estrechamente esta prioridad “con la acción destinada a mitigar la repercusión de la pandemia en los medios de subsistencia y en el bienestar material de las personas, y con la necesidad de reconstruir mejor después de la emergencia sanitaria inmediata”.

En el ámbito de la Unión Europea se han ido adoptando medidas para tratar de hacer frente a la situación generada por la pandemia. Las primeras medidas han sido de respuesta a la crisis sanitaria. Así, la Comunicación de la Comisión *Directrices sobre la ayuda de emergencia de la UE en la cooperación transfronteriza en materia de asistencia sanitaria relacionada con la crisis de la COVID-19* (2020/C 111 I/01) como respuesta a la tensión sufrida por los sistemas sanitarios de los Estados miembros, buscando un enfoque coordinado en la asistencia sanitaria transfronteriza (entendiendo por tal -conforme a la Directiva sobre asistencia sanitaria transfronteriza- aquella prestada o recetada en un Estado miembro distinto del Estado miembro de afiliación; no se refiere exclusivamente a la asistencia sanitaria prestada en un Estado miembro vecino)¹⁹.

necesita utilizar plenamente su potencial laboral con el fin de hacer frente a los retos de una población envejecida y al incremento de la competencia mundial. Se precisarán políticas que promuevan la igualdad entre sexos con el fin de incrementar la participación de la población laboral, contribuyendo así al crecimiento y a la cohesión social”.

¹⁹ El apoyo de la Comisión Europea a las autoridades sanitarias de los Estados miembros se centra en diversos aspectos: — mediante la coordinación de la oferta y la demanda de plazas de cuidados intensivos para pacientes y de personal médico debidamente cualificado a través del Comité de Seguridad Sanitaria y el Sistema de Alerta Precoz y Respuesta (SAPR); — mediante la coordinación y la cofinanciación del transporte de emergencia de pacientes y equipos de personal médico debidamente cualificados a través de las fronteras cuando los Estados miembros soliciten asistencia a través del Mecanismo de Protección Civil de la UE; — aportando claridad en materia de reembolso de los costes sanitarios para el tratamiento en otro Estado miembro en consonancia con los Reglamentos de coordinación de la seguridad social; — aportando claridad en cuanto a la movilidad de los pacientes a través de las fronteras: mediante la transferencia de los historiales de los pacientes, la continuidad de la asistencia y el reconocimiento mutuo de recetas con arreglo a la Directiva sobre asistencia sanitaria transfronteriza; — fomentando la utilización, cuando existan, de los acuerdos y puntos de contacto regionales y bilaterales por parte de las autoridades sanitarias locales, regionales y nacionales, para aliviar la carga de las unidades de cuidados intensivos que tratan a los pacientes de la COVID-19 en la región vecina; — fomentando el envío de equipos de personal médico debidamente cualificado a través de las fronteras por parte de los Estados miembros o las organizaciones no gubernamentales especializadas.

Pero, además de las medidas de respuesta urgente a una situación de emergencia de salud pública de importancia internacional (declarada por la Organización Mundial de la Salud -OMS- el 30 de enero de 2020), y aunque la situación epidemiológica seguirá evolucionando todavía hasta que un gran porcentaje de la población mundial haya adquirido inmunidad, sea vacunada o pueda ser tratada adecuadamente, la Unión Europea empieza a prepararse para el futuro. A partir de la experiencia aprendida saca conclusiones e identifica los nuevos retos a los que debemos hacer frente para garantizar la protección de la salud de los ciudadanos europeos y una Europa más fuerte y resiliente [*Conclusiones del Consejo sobre la experiencia adquirida en materia de sanidad en relación con la COVID-19* (2020/C 450/01)].

De esta forma, la crisis sanitaria provocada por la pandemia de la COVID-19 ha puesto de manifiesto la necesidad de hacer frente a nuevos retos para caminar hacia una Unión Europea más fuerte y más resiliente, una vez constatadas las vulnerabilidades en una gran variedad de aspectos y ámbitos. En el ámbito de la sanidad, destaca la necesidad de centrar la atención en la preparación y respuesta ante pandemias de la Unión Europea y de sus Estados miembros (hacer frente a la actual pandemia de COVID-19 pero también a las futuras amenazas sanitarias), garantizar el suministro de medicamentos y contramedidas médicas en general, y mejorar el acceso a los datos sanitarios esenciales para luchar contra esta pandemia y contra otras amenazas transfronterizas para la salud. Se ha constatado asimismo que la pandemia actual y otras posibles crisis sanitarias también afectan a los servicios de atención sanitaria y a los tratamientos de otros pacientes, que debido a los efectos de las medidas adoptadas para hacer frente a la pandemia han tenido que quedar relegados (entre ellos los que padecen cáncer y otras enfermedades no transmisibles).

Por todo ello, las *Conclusiones del Consejo sobre la experiencia adquirida en materia de sanidad en relación con la COVID-19* (2020/C 450/01) destacan que, respetando plenamente sus respectivas competencias, la Unión Europea, sus Estados miembros y las instituciones europeas deben reforzar conjuntamente sus capacidades, tanto para garantizar que puedan actuar eficazmente en caso de emergencia sanitaria como para esforzarse por lograr la autonomía europea en ámbitos estratégicos, manteniendo al mismo tiempo una economía abierta. A partir de la experiencia adquirida en la actual pandemia de la COVID-19, el Consejo Europeo plantea una serie de objetivos estratégicos en tres grandes áreas: gestión de las crisis sanitarias y respuestas a amenazas transfronterizas graves para la salud; suministro de medicamentos e investigación y desarrollo biomédico; acceso e intercambio de datos sanitarios en el espacio europeo.

1.-Gestión de las crisis sanitarias y prevención y respuestas a amenazas transfronterizas graves para la salud. En relación con estos objetivos, además de medidas concretas dirigidas directamente a hacer frente a la actual pandemia de la COVID-19, se proponen una serie de medidas más estructurales:

- Reforzar la solidaridad y cooperación a nivel europeo e internacional, como valor añadido a las competencias de los Estados nacionales (como se pone de manifiesto en las *Conclusiones de 13 de febrero de 2020 sobre la COVID-19 y declaración de los miembros del Consejo de la UE de 26 de marzo de 2020*).
- Elaboración, a propuesta de la Comisión, de un programa sanitario autónomo, *EU4Health*, dentro del marco financiero plurianual 2021-2027, como instrumento complementar las políticas de los Estados miembros en materia de salud y en particular para proteger a las personas de la Unión Europea frente a las amenazas transfronterizas graves para la salud y apoyar el refuerzo y la capacidad de respuesta de los sistemas sanitarios.
- Reforzar financieramente la necesaria transformación de la sanidad y la asistencia, incluida la sanidad digital, con el Mecanismo de Recuperación y Resiliencia, el Fondo Europeo de Desarrollo Regional, el Fondo Social Europeo Plus e InvestEU,

así como programas específicos de la UE, como EU4Health, el programa Europa Digital y Horizonte Europa.

- Mejorar la gestión de crisis sanitarias y preparación de la Unión para el futuro mediante el reforzamiento del marco jurídico de seguridad sanitaria de la UE, incluido el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC), el Comité de Seguridad Sanitaria (CSS) y la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) y la respuesta política integrada a las crisis (DIRPC).
- Propuestas legislativas para este reforzamiento del marco jurídico de seguridad sanitaria, algunas de ellas ya planteadas como la revisión del Reglamento (CE) n° 851/2004 sobre el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC)²⁰, la Decisión 1082/2013/UE sobre amenazas transfronterizas graves para la salud²¹, y el Reglamento (CE) n° 726/ 2004 sobre la Agencia Europea de Medicamentos (EMA)²².

²⁰ *Vid. Propuesta de Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo que modifica el Reglamento (CE) n° 851/2004 por el que se crea un Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades* (11.11.2020. COM (2020) 726 final). En esta propuesta, considerando este Centro como elemento fundamental de la Unión Europea de la Salud, se “refuerza el mandato del Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades relacionado con la vigilancia, la preparación, la alerta precoz y la respuesta en un marco reforzado de seguridad sanitaria de la UE. La pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto deficiencias en los mecanismos de la Unión para gestionar las amenazas para la salud, lo que requiere un enfoque más estructurado a escala de la Unión para futuras crisis sanitarias, que se base también en el valor europeo de la solidaridad. Este enfoque debería incluir el refuerzo de las funciones del Centro. También debería adoptar, en coordinación con otras agencias pertinentes de la UE, el concepto «Una sola salud» para esta cuestión, teniendo en cuenta las interacciones entre los seres humanos, los animales y el medio ambiente.

²¹ *Vid. Propuesta de Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo sobre las amenazas transfronterizas graves para la salud y por el que se deroga la Decisión n° 1082/2013/UE* (11.11.2020. COM(2020) 727 final). En la propuesta se reconoce que las disposiciones vigentes en materia de seguridad sanitaria, establecidas mediante la Decisión n° 1082/2013/UE, sobre las amenazas transfronterizas graves para la salud, proporcionan un marco jurídico limitado para la coordinación a escala de la UE, basado esencialmente en el Sistema de Alerta Precoz y Respuesta (SAPR) y en el intercambio de información y la cooperación en el marco del Comité de Seguridad Sanitaria. Se pone de manifiesto que las primeras lecciones aprendidas con la COVID-19 han mostrado que el sistema actual no ha garantizado una respuesta óptima, a escala de la UE, a la pandemia de COVID-19. Por ello, la propuesta “establece un marco reforzado para la preparación y respuesta ante las crisis sanitarias a escala de la UE, al abordar las deficiencias que la pandemia de COVID-19 ha sacado a la luz. En particular: -establecerá un marco legislativo completo que regule la actuación a escala de la Unión en materia de preparación, vigilancia, evaluación de los riesgos, y alerta precoz y respuesta; y -mejorará las orientaciones de la Unión para la adopción de medidas comunes a escala de la UE destinadas a hacer frente a una futura amenaza transfronteriza para la salud”.

²² *Vid. la Propuesta de Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo relativo al papel reforzado de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) en la preparación y gestión de crisis con respecto a los medicamentos y los productos sanitarios* (11.11.2020. COM(2020) 725 final). En esta Propuesta se pone de manifiesto la necesidad de establecer un marco claro para las actividades que debe desplegar la Agencia con vistas a la preparación y gestión de emergencias de salud pública y otros acontecimientos graves, y reforzar la capacidad de la Unión para reaccionar de manera rápida, eficiente y coordinada a dichas emergencias. “Los *objetivos generales* de la propuesta son: 1. garantizar un alto nivel de protección de la salud humana, reforzando la capacidad de la Unión para gestionar y responder a las emergencias de salud pública que tengan un impacto en los medicamentos y los productos sanitarios; 2. contribuir a garantizar el buen funcionamiento del mercado interior de dichos productos durante las emergencias de salud pública. Los *objetivos específicos* de la propuesta son: 1. supervisar y paliar la escasez potencial y real de medicamentos y productos sanitarios considerados esenciales para hacer frente a una emergencia de salud pública determinada o, en el caso de los medicamentos, a otros acontecimientos graves que puedan tener consecuencias importantes para la salud pública; 2. garantizar el desarrollo oportuno de medicamentos de gran calidad, seguros y eficaces, con un enfoque particular en la respuesta a una emergencia de salud pública determinada; 3. velar por el buen funcionamiento de los paneles de expertos para la evaluación de determinados productos sanitarios de alto riesgo y obtener asesoramiento esencial en materia de preparación y gestión de crisis en relación con el uso de productos sanitarios”.

- Garantizar el suministro de contramedidas médicas en la UE, como los equipos de protección individual (EPI), incluido el procedimiento de adquisición conjunta (Decisión 1082/2013/UE) y el instrumento de asistencia urgente (Reglamento (UE) 2016/369) y mejorar el intercambio de datos sanitarios comparables a efectos de investigación, prevención, diagnóstico y desarrollo de nuevos tratamientos, cumpliendo las normas de protección de datos.

2. Garantizar el suministro de medicamentos y la investigación y el desarrollo biomédico.

- Adoptar las medidas necesarias para hacer frente a la escasez de medicamentos y la dependencia de un número limitado de terceros países y lugares de fabricación para muchos productos, como los ingredientes farmacéuticos activos (IFA), en el sector sin patentes.
- Puesta en marcha de una estrategia europea a medio y largo plazo para garantizar el suministro seguro y sin interrupciones de medicamentos de alta calidad. Esta estrategia deberá estar basada en un enfoque multidisciplinar de la política de asistencia sanitaria, que incluya medidas destinadas a mejorar la transparencia y las inspecciones de calidad, la diversificación de las cadenas de suministro, la creación de reservas estratégicas a distintos niveles de la cadena de suministro y la creación de un entorno propicio para estimular una producción innovadora y limpia dentro de la UE (por ejemplo la producción de IFA para medicamentos esenciales). Deberá incluir normas y procedimientos simplificados.
- Elaboración de una lista de medicamentos esenciales (por ejemplo, IFA antimicrobianas, IFA para medicamentos de cuidados intensivos o vacunas) para garantizar la autonomía estratégica de la Unión Europea a largo plazo.
- Asegurar el seguimiento de los medicamentos esenciales durante posibles emergencias sanitarias futuras y consolidar los mecanismos para prepararse y responder a las crisis sanitarias, en particular mediante el seguimiento y la reducción de la escasez de medicamentos.
- Reforzamiento de la cooperación internacional promoviendo normas de alto nivel en la cooperación mundial, como las directrices establecidas por el Consejo Internacional para la Armonización de los Requisitos Técnicos de los Productos Farmacéuticos de Uso Humano (ICH).
- Garantizar que los Estados miembros puedan adaptar las normativas nacionales de los procesos de contratación pública con el fin de reforzar la resiliencia del suministro de medicamentos esenciales, teniendo en cuenta la sostenibilidad financiera de los sistemas sanitarios de los Estados miembros.

3. Acceso a los datos sanitarios y su intercambio creando un Espacio Europeo de Datos Sanitarios.

Se considera que la actual pandemia ha ofrecido una demostración directa de cómo los datos transformarán la sanidad y la asistencia sanitaria. Se reconoce que la rápida puesta en común de los datos sobre la COVID-19 y su acceso en todos los países han desempeñado un papel fundamental para entender la transmisión y el contagio, para determinar los objetivos de los medicamentos y para comprender la evolución de los acontecimientos relativos a la enfermedad y las vacunas. Por todo ello, se plantean los siguientes objetivos:

- Garantizar que todas las acciones que se propongan, dado el carácter sensible de los datos sanitarios, cumplan plenamente las normas de privacidad y protección de

datos de la Unión y de los Estados miembros, que sean voluntarias y que respeten el reparto de competencias entre la Unión y los Estados miembros.

- Elaboración por el Comité Europeo de Protección de Datos (CEPD) de una interpretación común del tratamiento de los datos sanitarios por las autoridades de control de la protección de datos y formulación de orientaciones sobre los aspectos éticos y jurídicos del tratamiento de datos sanitarios con fines de investigación científica.
- Desarrollo, entre los Estados miembros y la Comisión, de un modelo de gestión europeo compartido para el tratamiento de los datos sanitarios generados por las personas, con el fin de complementar, cuando proceda, los historiales médicos electrónicos, previo consentimiento informado de las personas, y establecimiento de una red de plataformas de intercambio de datos accesibles en toda la UE y conectadas a la infraestructura del espacio europeo de datos sanitarios.

En este ámbito se ha producido ya la Decisión de Ejecución (UE) 2020/1023 de la Comisión de 15 de julio de 2020 que modifica la Decisión de Ejecución (UE) 2019/1765 en lo concerniente al intercambio transfronterizo de datos entre las aplicaciones móviles nacionales de rastreo de contactos y advertencia para combatir la pandemia de COVID-19.

Además, la *Comunicación de la Comisión sobre el Programa de trabajo de la Comisión para 2021. Una Unión de vitalidad en un mundo de fragilidad*, de 19.10.2020 (COM (2020) 690 final) reconoce que la crisis sanitaria provocada por la pandemia de la COVID-19 ha impulsado una gran aceleración de los cambios necesarios para el futuro, por la necesidad inmediata de responder a la crisis sanitaria y a la crisis económica derivada de aquella y, al mismo tiempo, por la gran oportunidad que, paradójicamente, ha presentado. Los cambios en el clima, las tecnologías digitales y la geopolítica ya estaban afectando profundamente a Europa e impulsando la agenda de la Comisión Europea. Sin embargo, la pandemia ha acentuado la necesidad de que Europa lidere la doble transición ecológica y digital y haga que sus sociedades y economías sean más resilientes. Se reconoce que todo esto “brinda una oportunidad sin precedentes para dejar atrás la fragilidad de la crisis creando una nueva vitalidad para nuestra Unión”.

Por ello, el Programa de Acción de la UE para el año 2021 estableció dos focos: El primero centrado en la gestión de la crisis, a través del plan de recuperación (*Next Generation EU*). El segundo foco se centra en el cumplimiento de 6 grandes objetivos: 1. El “Pacto Verde Europeo”; 2. La creación de una “Europa adaptada a la Era Digital”; 3. El objetivo de consolidar una “Economía al Servicio de las Personas” (Pilar Europeo de Derechos Sociales, Garantía Infantil Europea, marco estratégico de la UE en materia de salud y seguridad en el trabajo, plan de acción para la economía social, gobernanza empresarial sostenible, entre otros aspectos); 4. Conseguir una “Europa más fuerte en el mundo”; 5. La promoción del “Modo de Vida Europeo” y 6. El “Nuevo Impulso a la Democracia Europea”.

Dentro del objetivo 5, promoción del “Modo de Vida Europeo”, destaca en el Programa de acción la construcción de una “Unión Europea de la Salud” más fuerte. En ese marco se propone:

- reforzar el marco de la UE para detectar y responder a las amenazas transfronterizas graves para la salud y reforzar el papel de las agencias existentes.
- la creación de una agencia europea de investigación y desarrollo biomédico avanzado.
- creación de una nueva estrategia farmacéutica, que examinará la seguridad de la cadena de suministro europea y garantizará que los ciudadanos puedan contar con medicamentos seguros, asequibles y de alta calidad

- puesta en marcha, a finales del año 2021, del espacio europeo de datos sanitarios, para aprovechar los datos con vistas a una mejor asistencia sanitaria, una mejor investigación y una mejor elaboración de políticas en beneficio de los pacientes.

2. LAS INEQUIDADES SANITARIAS: LA LUCHA CONTRA LAS DESIGUALDADES EN MATERIA DE SALUD

2.1. Aspectos generales. Incidencia de la pandemia de la COVID-19 en las desigualdades sanitarias

Uno de los retos más importantes para garantizar la protección de la salud es conseguir la reducción de las desigualdades en materia de salud, tanto socioeconómicas como geográficas. En diciembre de 2013 la Comisión europea publicó el *Informe sobre desigualdades sanitarias en la UE (Health inequalities in the EU)*²³, que confirma la existencia de importantes desigualdades sanitarias entre y dentro de los Estados miembros de la UE. En dicho Informe además se destacan los nuevos indicios de desigualdad en materia de salud dentro de la Unión Europea y se lleva a cabo una evaluación de la eficacia de las medidas adoptadas. El Informe deja claro que para abordar las desigualdades en salud son necesarias políticas que incluyan tanto acciones para abordar el gradiente en salud en toda la sociedad como acciones particulares dirigidas a los más vulnerables. Se considera necesario prestar especial atención a la intervención y prevención tempranas y a determinados grupos especiales entre los cuales se incluyen las personas con discapacidad (junto a otros grupos, como las personas que sufren pobreza, ancianos, niños o migrantes). Sin embargo, “no existe -y de momento no hay intención de crearlo- un modelo europeo de asistencia sanitaria” que provenga del derecho social de la Unión Europea²⁴.

Según la OMS²⁵, se entiende por inequidades sanitarias las desigualdades evitables en materia de salud entre grupos de población de un mismo país, o entre países. Esas inequidades son el resultado de desigualdades en el seno de las sociedades y entre sociedades: las condiciones sociales y económicas, y sus efectos en la vida de la población, determinan el riesgo de enfermar y las medidas que se adoptan para evitar que la población enferme, o para tratarla. La OMS entiende por “determinantes sociales de la salud” las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades; circunstancias que están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas: económicas, sociales, normativas y políticas. Por ello considera que los factores que determinan las inequidades sanitarias son el contexto mundial; la organización del funcionamiento interno de las sociedades, que propicia la aparición de diversas formas de posición social y jerarquía; y el lugar que cada cual ocupa en la jerarquía social. Para conseguir la equidad sanitaria son necesarias políticas sociales y económicas en todos los sectores (por ejemplo, finanzas, educación, vivienda, empleo, transporte y sanidad), ya que aunque la salud no sea el objetivo principal de las políticas de esos sectores, todos ellos están estrechamente vinculados con la salud y la equidad sanitaria.

En respuesta a la creciente preocupación suscitada por las inequidades en salud, persistentes y cada vez mayores²⁶, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció en 2005 la Comisión

²³ Comisión Europea: *Health inequalities in the EU — Final report of a consortium. Consortium lead: Sir Michael Marmot*. Diciembre 2013. [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social_determinants/docs/healthinequalitiesineu_2013_en.pdf]

²⁴ Vid. MONEREO PÉREZ, J.L.: “El derecho a la salud y a la asistencia sanitaria en los ordenamientos interno e internacional”, en Monereo Pérez, Rivas Vallejo, Moreno Vida, Vila Tierno y Álvarez Cortés (Dirs.): *Salud y asistencia sanitaria en España en tiempos de pandemia COVID-19*, Thomson Reuters Aranzadi, Navarra, 2021, págs. 13.

²⁵ http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts_es.pdf?ua=1

²⁶ Vid. el interesante trabajo de GWATKIN, R.: “Desigualdades sanitarias y salud de los pobres: ¿Qué sabemos al respecto? ¿Qué podemos hacer?”. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. Recopilación de artículos Nº 3,

sobre Determinantes Sociales de la Salud (CSDH), para que ofreciera asesoramiento respecto a la manera de mitigarlas. En 2008, esta Comisión concluyó que las desigualdades sociales en la salud surgen debido a las desigualdades sociales y económicas (desigualdades en las condiciones de la vida cotidiana y los conductores que les dan origen: inequidades en poder, dinero y recursos). El Informe de 2008 de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CSDH): *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes de la salud*²⁷ demuestra diferencias marcadas en los determinantes sociales de la salud en todos los Estados y las desigualdades en salud entre los grupos sociales basados en estos determinantes. En el informe final de la Comisión se proponían tres recomendaciones generales:

- Mejorar las condiciones de vida cotidianas: Equidad desde el principio (invertir en los primeros años de vida es una de las medidas que con más probabilidad permitiría reducir las inequidades sanitarias); entornos salubres para una población sana (el acceso a una vivienda de calidad, a agua salubre y a servicios de saneamiento es un derecho de todo ser humano); prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno (el empleo y las condiciones de trabajo tienen efectos importantes en la equidad sanitaria: cuando son buenos aportan seguridad financiera, posición social, desarrollo personal, relaciones sociales y autoestima, y protegen contra los trastornos físicos y psicosociales); protección social a lo largo de la vida (en la infancia, durante la vida laboral, y en la vejez; esa protección también es necesaria en determinadas circunstancias inesperadas, como en caso de enfermedad, discapacidad y pérdida de ingresos o del trabajo); y atención universal de salud (el acceso y la utilización de los servicios de salud son esenciales para alcanzar la equidad sanitaria).
- Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos: La inequidad de las condiciones de vida está determinada por estructuras y procesos sociales más profundos. La inequidad es sistemática, es el resultado de normas, políticas y prácticas sociales que toleran o incluso favorecen una distribución injusta del poder, la riqueza y otros recursos sociales, y del acceso a éstos. Se destaca que para mejorar la equidad sanitaria, es esencial que todas las instancias públicas actúen de forma concertada a todos los niveles. De manera importante, el Informe subraya que la salud no es un producto comercial, sino un derecho y de un deber del sector público, de forma que los recursos destinados a la salud deben repartirse de forma equitativa y ser universales; la experiencia muestra que la comercialización de bienes sociales esenciales, tales como la educación y la atención médica, genera inequidad sanitaria, por lo que la prestación de tales bienes sociales esenciales ha de estar regida por el sector público, y no por la ley del mercado. Además, únicamente será posible reducir las desigualdades sanitarias en una generación y conseguir una distribución equitativa de la salud si se garantiza la equidad de género y se promueve la emancipación de la mujer.
- Medición y análisis del problema y evaluación de las intervenciones: La acción sobre los determinantes sociales de la salud será más eficaz si se dispone de sistemas de datos básicos, tales como los registros civiles y programas de observación sistemática de las inequidades sanitarias y de los determinantes sociales de la salud, y mecanismos que aseguren que los datos pueden ser interpretados y utilizados en la elaboración

2000 [Artículo publicado en inglés en el Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78 (1): 3-18]. Se puede consultar en [ud31bc_desigualdades-sanitariasRGwatkin.pdf](#)

²⁷ Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CSDH) de la OMS: *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes de la salud*. Informe 2008. Editado en Buenos Aires, Edic. Journal, S.A., 2009. Disponible en https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/

de políticas, sistemas y programas más eficaces. En ello deben estar implicados los organismos especializados y los organismos de financiación multilaterales, la OMS (como institución encargada de liderar la acción sanitaria mundial), los gobiernos y el sector público, la sociedad civil, el sector privado e instituciones de investigación.

En definitiva, como sintetiza R. Gwatkin²⁸, “indudablemente, toda estrategia encaminada a superar estas desigualdades (sanitarias) tenderá a dar máxima prioridad a la mitigación de la pobreza en todos los órdenes mediante un desarrollo social y económico de amplia base”, requiriendo también, sin duda, “un altísimo grado de voluntad política”.

A nivel de la UE, la publicación en 2009 de la *Comunicación de la Comisión Europea: Solidaridad en materia de salud: Reducción de las desigualdades en salud en la UE*²⁹ destacaba que, pese a contar una posición privilegiada frente a generaciones anteriores y frente a otros países, la UE seguía enfrentándose al importante desafío provocado por las grandes diferencias en materia de salud que existen entre los Estados miembros y dentro de ellos, señalando además la existencia de indicios de que estas diferencias podrían estar incrementándose y del agravamiento de la situación como consecuencia del aumento del desempleo y la incertidumbre como consecuencia de la actual crisis económica. La Comisión señalaba que la magnitud de las desigualdades en salud entre personas que viven en diferentes partes de la UE y entre ciudadanos socialmente favorecidos y desfavorecidos de la misma “representa un desafío para los compromisos de la UE en favor de la solidaridad, la cohesión económica y social, los derechos humanos y la igualdad de oportunidades”.

Si bien la lucha contra las desigualdades en salud constituye una acción clave de las Estrategias de Salud de la UE, su actuación se basa en el Método Abierto de Coordinación en materia de protección social y de inclusión social (MAC social), lo que determina una importante debilidad de la actuación de la UE en este ámbito. Se establece que la principal responsabilidad de las políticas de salud sigue correspondiendo a los Estados miembros, aunque se reconoce que no todos ellos disponen de los mismos recursos, herramientas o reservas de experiencia para poder hacer frente a las diferentes causas de las desigualdades en salud. De este modo, la contribución de la Comisión Europea consistirá en garantizar que las políticas y acciones pertinentes de la UE tengan en cuenta el objetivo de la lucha contra los factores que crean, o contribuyen a crear, las desigualdades en salud entre la población de la UE, pero sin adoptar una actuación más intensa e intervencionista. La Comisión establece como cuestiones clave que deben abordarse: una distribución equitativa de la salud como parte del desarrollo social y económico general; la mejora de la base de conocimientos y datos y mecanismos de medición, supervisión, evaluación y transmisión de la información; conseguir el compromiso de diferentes agentes sociales; satisfacer las necesidades de los grupos vulnerables; y desarrollar la contribución de las políticas de la UE.

También en el ámbito de la Unión Europea, el *Informe sobre desigualdades sanitarias en la UE* de 2013 revela que las desigualdades en materia de salud entre los distintos grupos sociales de los Estados miembros siguen siendo alarmantes, aunque también confirma la tendencia a largo plazo hacia la reducción de diferencias en cuanto a esperanza de vida entre los Estados miembros y el descenso de las desigualdades en mortalidad infantil. Se reconoce, no obstante, que todavía queda mucho trabajo por hacer y que la mayoría de los Estados miembros de la UE no disponen de estrategias integradas para abordar las desigualdades sanitarias³⁰. Entre las Conclusiones que se establecen en este Informe destaca el grave riesgo de que la crisis financiera, económica y social

²⁸ Vid. GWATKIN, R.: “Desigualdades sanitarias y salud de los pobres: ¿Qué sabemos al respecto? ¿Qué podemos hacer?”, *op.cit.*, p. 6.

²⁹ Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social europeo y al Comité de las Regiones: *Solidaridad en materia de salud: Reducción de las desigualdades en salud en la UE*. Bruselas, 20.10.2009 [COM(2009) 567 final].

³⁰ En el Ministerio de Sanidad y Política Social de España, la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior puso en marcha en octubre de 2008 la Comisión Nacional para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en

termine socavando las políticas existentes y afectando negativamente a las desigualdades en salud. Se destacan los efectos positivos de aumentos en el gasto social para reducir las desigualdades sociales y su potencial para contribuir a la reducción de las desigualdades de salud. Se señala asimismo que el papel del sector de la salud en la lucha contra las desigualdades sanitarias es vital pero que, por sí solo, no puede reducir las desigualdades en salud, sino que se requiere una acción sobre todos los determinantes sociales de la salud, por lo que todavía es necesario un mayor compromiso de las políticas fuera del sector de la salud.

También se destaca en el Informe de 2013 que la mayoría de las políticas con objetivos explícitos para reducir las desigualdades sanitarias se centran en los “grupos vulnerables”, como los inmigrantes, las minorías étnicas, los que abandonan la escuela de forma temprana, las personas de grupos socioeconómicos más bajos o los desempleados. Sin embargo, ya en el Informe de 2008 de la Comisión sobre determinantes sociales de la salud se ponía de manifiesto que el empleo y las condiciones de trabajo tienen efectos importantes en la equidad sanitaria: “Cuando son buenos aportan seguridad financiera, posición social, desarrollo personal, relaciones sociales y autoestima, y protegen contra los riesgos físicos y psicosociales”. El Informe subraya que el trabajo es el ámbito donde muchos de los aspectos importantes que afectan a la salud ejercen su influencia, destacando entre ellos las condiciones de trabajo y la propia naturaleza del mismo. Los estudios realizados muestran que la mortalidad es considerablemente mayor entre los trabajadores temporeros que entre los fijos y que existe una clara correlación entre los problemas de salud mental y la precariedad en el empleo (por ejemplo, contratos de trabajo temporal, trabajo sin contrato y trabajo a tiempo parcial). Las condiciones laborales afectan a la salud y a la equidad sanitaria: las malas condiciones de trabajo pueden hacer que el individuo se vea expuesto a toda una serie de riesgos físicos para la salud, que tienden a concentrarse en los trabajos de nivel inferior; pero los datos también muestran que los trabajos con un nivel de exigencia elevado, la falta de control y el hecho de que el esfuerzo realizado no se vea suficientemente recompensado son factores de riesgo que pueden desembocar en problemas de salud física y mental (el estrés laboral está relacionado con el 50% de las cardiopatías coronarias). El Informe establece que la aplicación de prácticas justas en el empleo y el respeto de condiciones de trabajo dignas pueden contribuir a erradicar la pobreza, mitigar las desigualdades sociales, reducir la exposición a riesgos físicos y psicosociales, y aumentar las oportunidades de gozar de salud y bienestar. Como medidas a adoptar para alcanzar la equidad sanitaria se considera necesario convertir el pleno empleo, la equidad en materia de empleo y el trabajo digno en objetivos esenciales de las políticas socioeconómicas nacionales e internacionales; que el empleo sea seguro, sin peligros y bien remunerado, que haya posibilidades de empleo a lo largo de todo el año y que exista un equilibrio justo entre vida profesional y vida privada para todos; mejorar las condiciones de trabajo de todos los trabajadores para que estén menos expuestos a riesgos físicos, estrés laboral y conductas perjudiciales para la salud.

2.2. Los determinantes sociales y territoriales de la salud en España

También en España se han puesto de manifiesto reiteradamente la existencia de desigualdades sociales en materia de salud, destacando entre ellas, además de las situaciones socioeconómicas, la

España; en mayo de 2010 la Comisión presentó un documento con recomendaciones sobre las políticas estratégicas que deberían ponerse en marcha para reducir las desigualdades en salud en España.

<https://www.mscbs.gob.es/ca/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/EstrategiaNacEquidadSalud.htm>. Con ocasión de la Presidencia española de la Unión Europea del primer semestre de 2010, estableció como prioridad la «Innovación en Salud Pública: monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud» y se establecieron diversas actividades al respecto. *Vid.* Calvete Oliva, Campo Aguado *et al* (Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior, Ministerio de Sanidad y Política Social): “Innovando en salud pública: Monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud. Una prioridad para la Presidencia española de la Unión Europea en 2010”, *Rev Esp Salud Pública* 2010; 84: 3-11 N.º 1 - Enero-Febrero 2010.

comunidad autónoma de residencia y los diferentes modelos de gestión público-privada en cada uno de los sistemas de salud autonómicos, que pueden agravar y condicionar las desigualdades en salud y el acceso a la asistencia sanitaria. Todo ello determina que exista “una creciente inquietud por el grado de equidad y solidaridad entre Comunidades Autónomas respecto a la provisión y financiación de estos recursos”³¹.

El *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud de 2020-2021*³², que reúne información tanto del periodo inmediatamente anterior a la pandemia como de los años 2020 y 2021, ofreciendo algunos datos sobre el comportamiento del sistema sanitario asistencial frente a la COVID-19 y sobre la percepción de su labor por los ciudadanos) se centra, respecto a los determinantes sociales de la salud, en los determinantes socioeconómicos y los estilos de vida. En cuanto a los primeros, como determinantes socioeconómicos, el Informe destaca el índice de dependencia, el nivel de estudios y la tasa de riesgo de pobreza (AROPE).

En cuanto al índice de dependencia (la relación existente entre la población dependiente -menor de 16 años y mayor de 64 años- y la población productiva de la que aquella depende -de 16 a 64 años-), en España es del 54,3%, 29,9% en personas mayores y 24,4% en personas jóvenes, siguiendo una tendencia ascendente en las personas mayores y siendo estable en personas jóvenes desde el año 2000. El índice creció en todas las comunidades autónomas, excepto en Castilla-La Mancha (con un descenso de 1,2 puntos) y Extremadura (prácticamente se mantiene igual). El nivel de estudios se destaca como un indicador relevante en los determinantes sociales de la salud, especialmente, en el mantenimiento de la salud y calidad de vida, poniendo de manifiesto el Informe la evolución muy favorable de este indicador, habiendo descendido 22,7 puntos (un 36,9%) en el periodo 2000-2019. Sin embargo, la tasa de riesgo de pobreza o exclusión social (AROPE)³³ en España es de 25,3%. Por territorios las tasas más altas se encuentran en Ceuta (45,9%), Melilla (38,5%), Andalucía (37,7%) y Extremadura (37,7%) y las más bajas en País Vasco (14,4%) y Navarra (11,7%).

De forma muy reciente, los determinantes sociales que inciden en la salud se han destacado en relación con la pandemia del coronavirus. Así, en el *Informe SESPAS 2022 “La respuesta a la pandemia de la COVID-19. Lecciones aprendidas”*, se pone de manifiesto como “la epidemia y las medidas establecidas para su control han impactado sobre los determinantes sociales de la enfermedad, produciendo un aumento de las desigualdades allí donde los sistemas sociales no han podido responder de forma apropiada, y en los países que, como España, Italia y Grecia, habían aplicado medidas de ajuste del gasto social. Las minorías y los grupos con una mayor desventaja económica y social han presentado una carga más desproporcionada de incidencia y de morbilidad”³⁴, de tal manera que “los determinantes sociales de la salud distribuían la incidencia y la mortalidad de manera desigual

³¹ Vid. DÍAZ PÉREZ, C.: “Desigualdades en el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria”, *Revista Derecho y Salud*, Vol. 25, número 1. Enero-Junio 2015, pág. 63

³² Vid. *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud de 2020-2021* (Informes, estudios e investigación 2022. Ministerio de Sanidad. El Informe reúne información tanto del periodo inmediatamente anterior a la pandemia como de los años 2020 y 2021, ofreciendo algunos datos sobre el comportamiento del sistema sanitario asistencial frente a la COVID-19 y sobre la percepción de su labor por los ciudadanos.

³³ Como se aclara en el citado Informe, “El indicador ERPE (En Riesgo de Pobreza y/o Exclusión), o las siglas en inglés AROPE (At Risk of Poverty and/or Exclusion), hace referencia a las personas en riesgo de pobreza y/o exclusión social, que, según la Estrategia Europa 2020, son aquellas que se encuentran en alguna de las tres situaciones que se definen a continuación: Personas que viven con bajos ingresos (60% de la mediana del ingreso equivalente o por unidad de consumo en el año anterior a la entrevista), y/o personas que sufren privación material severa (4 de los 9 ítems definidos) y/o personas que viven en hogares con una intensidad de empleo muy baja (por debajo del 20% del total de su potencial de trabajo en el año anterior a la entrevista). En caso de estar incluidas en dos o tres condiciones, las personas se contabilizan solo una vez. Más información del indicador AROPE en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESecion_C&cid=1259941637944&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout#:~:text=Al%20grupo%20de%20personas%20en,Poverty%20and%20For%20Exclusi%C3%B3n”.

³⁴ Vid. ALBERTO MANUEL TORRES-CANTERO, EVA ELISA ÁLVAREZ LEÓN, INÉS MORÁN-SÁNCHEZ, INDRA SAN LÁZARO CAMPILLO, ENRIQUE BERNAL MORELLA, MARCOS HERNÁNDEZ PEREÑA e IRENE MARTÍNEZ-MORATA: “El impacto de la

entre la población”³⁵. En ese sentido, se destaca que debido a las desigualdades sociales la pandemia ha mostrado su carácter sindémico³⁶, ya que al contagio por coronavirus se une la alta prevalencia de enfermedades crónicas en un contexto de gran desigualdad social³⁷.

En el citado Informe se pone de manifiesto como los determinantes estructurales -la edad, el género, la clase social, la etnia, la migración o el territorio, entre otros- determinan una distribución desigual del poder en la sociedad que repercute en las oportunidades de sufrir COVID-19 a través de la exposición a los llamados determinantes intermedios, como son las condiciones de vida y trabajo de las personas, (la vivienda, el tipo de empleo, la capacidad de teletrabajo o la movilidad). “Todos estos factores están relacionados con la distinta susceptibilidad al virus en función de un estado de salud previo y de unas conductas relacionadas con la salud, ya que habitualmente tienen peor estado de salud y mayor prevalencia de enfermedades crónicas las personas socioeconómicamente más desfavorecidas”. De la misma manera se pone de manifiesto que la sindemia también ha tenido un impacto en las desigualdades en salud a través de las medidas para su gestión (las medidas de distanciamiento social y de reducción de la actividad y la movilidad) que han impactado enormemente en la situación económica y en el mercado laboral, afectando con especial intensidad a las personas con trabajos menos cualificados y con menor posibilidad de teletrabajar. Además, en la incidencia desigual de la pandemia también han tenido una especial influencia otros determinantes sociales de la salud como las condiciones inadecuadas de las viviendas y la aglomeración de personas, las condiciones de trabajo precarias, la imposibilidad de aislamiento real, y los mayores desplazamientos de grupos sociales más desaventajados³⁸.

Pero junto a los determinantes sociales, otros factores vienen también produciendo de forma importante desigualdades en salud. Destacan, entre otros, como ya se ha indicado, la existencia de desigualdades territoriales y desigualdades en el acceso a las prestaciones sanitarias dentro del propio Sistema Nacional de Salud y en los sistemas autonómicos de salud. Este tipo de desigualdades son apreciables en España como consecuencia del proceso de descentralización del sistema nacional de salud. Un sistema sanitario descentralizado requiere mecanismos eficaces de cohesión y coordinación para evitar la existencia de inequidades en la asistencia sanitaria entre comunidades autónomas. Las Comunidades Autónomas en España han asumido las correspondientes competencias en materia de gestión de la asistencia sanitaria y han configurado sus propios servicios de salud, regulando normas sobre organización y prestación de asistencia sanitaria, dentro de lo dispuesto por la legislación básica del Estado. Pero, pese a los diversos mecanismos establecidos legalmente para la coordinación interterritorial (Ley 14/1986 de 25 de abril General de Sanidad; Ley 21/2001 de 27 de diciembre, que creó el Fondo de Cohesión Sanitaria; y Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que regula el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud),

pandemia de COVID-19 sobre la salud”, en *Informe SESPAS 2022 “La respuesta a la pandemia de la COVID-19. Lecciones aprendidas”*, Gaceta Sanitaria Volume 36, Supplement 1, 2022, Pages S4-S12.

³⁵ Vid. PEDRO GULLÓN, BLANCA LUMBRERAS, FERNANDO-IGNACIO SÁNCHEZ-MARTÍNEZ, FEDERICO DE MONTALVO-JAASKELÄINENE, MARÍA TERESA RUIZ-CANTERO: “La Salud Pública y la Administración Sanitaria ante la pandemia de COVID-19”, en *Informe SESPAS 2022 “La respuesta a la pandemia de la COVID-19. Lecciones aprendidas”*, Gaceta Sanitaria Volume 36, Supplement 1, 2022, Pages S1-S3.

³⁶ Una sindemia es la concentración de dos o más epidemias o brotes de enfermedades en una población (en el caso actual, la pandemia de coronavirus y la alta incidencia de enfermedades crónicas) que interaccionan con, y son condicionadas por, las circunstancias sociales, políticas y económicas de tal población durante un periodo y lugar determinado.

³⁷ Vid. AMAIA BACIGALUPE, UNAI MARTÍN, MANUEL FRANCO, CARMÉ BORRELL: “Desigualdades socioeconómicas y COVID-19 en España”, en *Informe SESPAS 2022 “La respuesta a la pandemia de la COVID-19. Lecciones aprendidas”*, Gaceta Sanitaria Volume 36, Supplement 1, 2022, Pages S13-S21.

³⁸ Vid. AMAIA BACIGALUPE, UNAI MARTÍN, MANUEL FRANCO, CARMÉ BORRELL: “Desigualdades socioeconómicas y COVID-19 en España”, en *Informe SESPAS 2022 “La respuesta a la pandemia de la COVID-19. Lecciones aprendidas”*, Gaceta Sanitaria Volume 36, Supplement 1, 2022, Pages S13-S21.

sigue existiendo un importante riesgo de fragmentación y falta de uniformidad de este modelo sanitario público descentralizado³⁹.

Uno de los elementos sustantivos que permiten el ejercicio del derecho a la protección de salud y a la asistencia sanitaria de todos los ciudadanos con equidad y de forma cohesionada es la financiación pública⁴⁰. Los arts. 78 y 79 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, establecen que los Presupuestos del Estado, Comunidades Autónomas, Corporaciones Locales y Seguridad Social consignarán las partidas precisas para atender las necesidades sanitarias de todos los Organismos e Instituciones dependientes de las Administraciones Públicas y para el desarrollo de sus competencias. La financiación de la asistencia prestada se realizará con cargo a: a) Cotizaciones sociales. b) Transferencias del Estado, que abarcarán la participación en la contribución de aquél al sostenimiento de la Seguridad social; la compensación por la extensión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a aquellas personas sin recursos económicos; la compensación por la integración, en su caso, de los hospitales de las Corporaciones Locales en el Sistema Nacional de Salud. c) Tasas por la prestación de determinados servicios. d) Por aportaciones de las Comunidades Autónomas y de las Corporaciones Locales. e) Tributos estatales cedidos.

La generalización del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria que implica la homologación de las atenciones y prestaciones del sistema sanitario público se efectuará mediante una asignación de recursos financieros que tengan en cuenta tanto la población a atender en cada Comunidad Autónoma como las inversiones sanitarias a realizar para corregir las desigualdades territoriales sanitarias, conforme al sistema de financiación autonómica vigente en cada momento (arts. 81 y 82 LGS).

No obstante, como se establece en el art. 10 LCCSNS, las prestaciones que establece esta ley son “responsabilidad financiera de las comunidades autónomas” de conformidad con los acuerdos de transferencias y el actual sistema de financiación autonómica, sin perjuicio de la existencia de un tercero obligado al pago. Las comunidades autónomas “deberán destinar a la financiación de dichas prestaciones los mínimos previstos” en la Ley 21/2001, de 27 de diciembre (actualmente es la Ley 22/2009, de 18 de diciembre, por la que se regula el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía y se modifican determinadas normas tributarias). Los sistemas de garantías que prevé esta ley son asimismo responsabilidad financiera de las comunidades autónomas. La suficiencia para la financiación de las prestaciones y de las garantías establecidas en esta ley viene determinada por los recursos asignados a las comunidades autónomas conforme a lo establecido en la mencionada Ley 21/2001, de 27 de diciembre, y de acuerdo con el principio de lealtad institucional, en los términos del artículo 2.1.e) de la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas.

A partir de esta regulación, se ponen de manifiesto importantes desigualdades territoriales en cuanto a la financiación de la asistencia sanitaria, de forma que, pese a lo establecido en el art. 12 LGS (“Los poderes públicos orientarán sus políticas de gasto sanitario en orden a corregir desigualdades

³⁹ Vid. Federación de Asociaciones para la defensa de la sanidad pública: *Los servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas*. Informe 2022 (XVIIIº Informe), mayo 2022 [<https://fadsp.es/wp-content/uploads/2022/05>], aunque el propio Informe advierte de la falta de transparencia de las administraciones sanitarias que dificulta el acceso a los datos del funcionamiento del sistema sanitario público. Pese a dicha dificultad, tras el análisis que se realiza una de las conclusiones que se destacan es que “Con la crisis económica se produjo un proceso de recortes que afectó a todas las CCAA, aunque en medida distinta. El resultado fue un deterioro importante en los recursos, especialmente en los humanos, y en las infraestructuras, mientras de manera paralela se incrementaba el proceso privatizador que ya estaba presente en la mayoría de ellas. Estos problemas se hicieron más patentes durante la pandemia, que actuando sobre un sistema sanitario ya muy debilitado, lo llevo prácticamente al colapso y produjo entre otros efectos la desatención de una gran parte de los enfermos con patologías distintas a la covid19”.

⁴⁰ Vid. MONEREO PÉREZ, J.L. y GUINDO MORALES, S.: “La financiación del sistema sanitario. Presente y futuro”, en Monereo Pérez, Rivas Vallejo, Moreno Vida, Vila Tierno y Álvarez Cortés (Dir.): *Salud y asistencia sanitaria en España en tiempos de pandemia COVID-19*, Thomson Reuters Aranzadi, Navarra, 2021, págs. 455 y sigs.

sanitarias y garantizar la igualdad de acceso a los Servicios Sanitarios Públicos en todo el territorio español, según lo dispuesto en los artículos 9.2 y 158.1 de la Constitución), la financiación autonómica de la asistencia sanitaria es sin duda una fuente de inequidad sanitaria y de ruptura de la homogeneidad en nuestro país. Así se pone claramente de relieve en el “Informe Anual del Sistema Nacional de Salud de 2020-2021”, del Ministerio de Sanidad: La contribución del gasto en atención primaria de salud al total del gasto sanitario público consolidado de la comunidad autónoma osciló entre el 11,2% de la Comunidad de Madrid y el 18,0% de Andalucía; la contribución del gasto en servicios hospitalarios y especializados al total del gasto sanitario público consolidado de la comunidad autónoma osciló entre el 57,1% de Extremadura y el 69,4% de la Comunidad de la Comunidad de Madrid; el porcentaje del gasto sanitario público dedicado por las comunidades autónomas a la remuneración de su personal osciló entre el 36,6% de Cataluña y el 54,4% del País Vasco.

Ciertamente, el establecimiento, como ocurre en España, de unas prestaciones comunes para todos los ciudadanos (cartera común de servicios) y la existencia de centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud (CSUR) son dos elementos esenciales de la cohesión y de la equidad sanitaria⁴¹, pero no se han establecido “mecanismos efectivos de coordinación que permitan mantener las condiciones universales e igualitarias que se establecieron como básicas cuando se creó el SNS”⁴². Los mecanismos de coordinación existentes siempre han adolecido de graves deficiencias y de un funcionamiento irregular desde su creación, por lo que no se ha cumplido el objetivo de superar los desequilibrios territoriales y sociales, ni se han corregido las desigualdades territoriales sanitarias. La situación económica ha relegado los objetivos de coordinación a un segundo plano, posponiendo la implementación del Fondo de Garantía Asistencial (Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril) y sin que en los Presupuestos Generales del Estado apenas se hayan destinado partidas a esta finalidad. La consecuencia es la existencia de notorias desigualdades territoriales por lo que respecta a las prestaciones sanitarias: en cuanto a las listas de espera; la atención primaria y la atención especializada; las dotaciones de aparatos de Alta Tecnología Médica-ATM (concentrados básicamente en Madrid, Cataluña, Comunidad Valenciana y Andalucía); la oferta geriátrica o psiquiátrica, etc. Los ciudadanos perciben la existencia de desigualdades sanitarias entre las Comunidades Autónomas, dificultades en cuanto al acceso a la historia clínica y a los medicamentos y diferencias entre las Comunidades Autónomas “ricas” y las que no lo son (o entre las Comunidades Autónomas con mayor densidad de población y la llamada “España despoblada”), con diferencias en cuanto a la gestión y a la financiación autonómica de la sanidad, que se traduce en mejores hospitales o medicamentos de última generación en unas comunidades y en otras no, así como diferencias derivadas de la opción política del gobierno autonómico (opción entre la sanidad pública o la privatización de la gestión sanitaria).

También en el acceso a las prestaciones sanitarias se producen inequidades sanitarias, pese a que uno de los principios básicos del derecho fundamental a la salud es la garantía de acceso a las prestaciones sanitarias en condiciones de igualdad efectiva. Abásolo, Pinilla y Negrín⁴³ señalan que “la equidad se conseguiría igualando el acceso entre aquellos con igual necesidad sanitaria (equidad horizontal) y facilitando un mayor acceso a aquellos con mayor necesidad sanitaria (equidad vertical)”. Así, los estudios muestran que en los países desarrollados las desigualdades benefician a los grupos socioeconómicos más favorecidos en el acceso y utilización de servicios especialistas y

⁴¹ Vid. REMACHA ROIG, P.: “Administración sanitaria. Coordinación institucional en el estado autonómico”, en AAVV: *Los retos actuales de la asistencia sanitaria española en el contexto de la Unión Europea*. XIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Salud y Seguridad Social. Edic. Laborum. Murcia 2016, pp. 571-585.

⁴² Vid. REY DEL CASTILLO, J. (Coordinador): *Análisis y propuestas para la regeneración de la sanidad pública en España*. Documento de trabajo N.º. 190/2015. Fundación Alternativas, p. 8. [Disponible en <https://www.fundacionalternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/analisis-y-propuestas-para-la-regeneracion-de-la-sanidad-publica-en-espana>]

⁴³ ABÁSULO, I., PINILLA, J., NEGRÍN, M.: “Equidad en la utilización de servicios sanitarios públicos por Comunidades Autónomas en España: un análisis multinivel”, *Hacienda Pública Española / Revista de Economía Pública*, 187-(4/2008): 87-106, se puede ver también en https://bibacceda01.ulpgc.es:8443/bitstream/10553/22108/1/Equidad_utilizaci%C3%B3n_servicios.pdf

hospitalarios, mientras que en el acceso y uso de servicios primarios las desigualdades benefician a los grupos socioeconómicos menos favorecidos.

En un interesante estudio, Palomo Cobos y Sánchez Bayle⁴⁴ ponen de relieve que “es necesario que el sistema de salud comprenda los obstáculos específicos a la atención equitativa y las necesidades de salud de las poblaciones desfavorecidas, y esto requiere planificación centrada en la equidad con herramientas efectivas y prácticas, y la evaluación del impacto en salud de las medidas favorecedoras de equidad”. En su trabajo muestran como en España todavía perdura la desigualdad en la utilización ambulatoria del médico especialista y del médico de familia relacionada con la renta de los individuos, de tal forma que existe una infrautilización de la Atención Primaria y del médico de familia por parte de determinados grupos socioeconómicos (clases altas, mutualistas, sujetos con seguro médico privado) que, sin embargo, sobreutilizan al especialista.

Junto a ello el establecimiento del copago en el acceso a las prestaciones sanitarias (fundamentalmente en el acceso a los medicamentos, pero también respecto a prestaciones básicas -hospitalización- o accesorias -transporte no urgente en ambulancias, prótesis, etc.-), introducen un elemento importante de desigualdad en salud. Tanto en el ámbito internacional como nacional se ha puesto reiteradamente de manifiesto que el copago tiene efectos negativos sobre la equidad: representa un obstáculo y una discriminación para acceder a los servicios sanitarios y provoca una importante disminución en el estado de salud de las personas con menos ingresos o especialmente vulnerables, como los mayores, enfermos crónicos o desempleados. Tiene como consecuencia un empeoramiento de la salud y, al mismo tiempo, un incremento del gasto sanitario por el incremento de ingresos hospitalarios⁴⁵.

3. ANÁLISIS DE SITUACIÓN. PRINCIPALES PROBLEMAS PLANTEADOS EN EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

El *Informe de la UE “State of Health in the EU. España. Perfil Sanitario del país”, de 2019*⁴⁶, arrojaba (antes de la pandemia) -resumidamente- las siguientes fortalezas y debilidades del sistema sanitario español:

1. Las reformas del sistema de salud de España en la última década se han visto influidas por medidas que respondían a la crisis económica en el marco del programa de estabilidad de la UE. Introducidas a comienzo de la década de 2010, estas reformas

⁴⁴ Vid. PALOMO COBOS, L. y SÁNCHEZ BAYLE, M.: *La Atención Primaria española: Situación actual y perspectivas cuarenta años después de Alma-Ata*. Documento de trabajo Nº: 196/2018. Fundación Alternativas. Madrid, 2018, pág. 58. Los autores mantienen una clara defensa de la Atención Primaria como medio para contribuir a la reducción de las desigualdades, para adaptar sus estructuras a la flexibilidad que exigen los tiempos y las formas de relación social, y su funcionamiento a la diversidad de las demandas asistenciales, y para seguir obteniendo el reconocimiento de la población y cumpliendo con la proporcionalidad entre presupuesto y resultados asistenciales. También critican, muy acertadamente, “el modelo MUFACE ha permitido financiar y subvencionar con fondos públicos a empresas sanitarias privadas que de otra manera no hubieran sobrevivido durante tantos años de ineficiencia gestora. Este modelo favorece la selección de riesgos y el rechazo de pacientes más costosos y lleva asociados sobrecostos importantes para las arcas públicas que las que reciben subvención”. [Disponible en : https://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/50a207f8de958230ee99c3056f3fb811.pdf]

⁴⁵ Vid. MARTÍN GARCÍA, M.: *El copago sanitario: resultados para el sistema sanitario y los pacientes*. Documento de trabajo 183/2014. Fundación Alternativas. Madrid, 2014; Benacha, J., Tarafaa, G. y Muntanera, C.: “El copago sanitario y la desigualdad: ciencia y política”, *Gac. Sanit.* 2012; 26(1):80-82; AMAADACHOU KADDUR, F.: “Aspectos jurídicos del copago sanitario”, en AAVV: *Los retos actuales de la asistencia sanitaria española en el contexto de la Unión Europea*. XIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Salud y Seguridad Social. Edic. Laborum. Murcia 2016, pp. 711-718

⁴⁶ Vid. *State of Health in the EU. España. Perfil Sanitario nacional 2019*. European Commission. OCDE. European Observatory on Health Systems and Policies https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2019_chp_es_spanish.pdf

han cambiado la gobernanza del SNS (sobre todo centralizando las normas sobre gasto) y han redefinido el copago por parte de los pacientes de medicamentos y otras prestaciones adicionales.

2. El gasto sanitario en España es inferior a la media de la UE. En 2017, el gasto sanitario ascendía al 8,9 % del PIB, por debajo de la media de la UE, del 9,8 %. El porcentaje de gasto público en sanidad descendió tras la crisis económica de 2009 debido a las medidas de reducción de costes y al aumento de los copagos de los medicamentos. Ha comenzado a aumentar de nuevo en los últimos años, aunque sigue por debajo del nivel anterior a la crisis.
3. Los pagos directos, consistentes fundamentalmente en copagos de medicamentos y dispositivos médicos fuera de los hospitales, alcanzaron el 24 % del gasto sanitario total en 2017. Este porcentaje está muy por encima de la media del 16 % de la UE.
4. El número de médicos, enfermeros y otras personas empleadas en el sistema nacional de salud ha aumentado en los últimos años, pero una parte importante de ellos tienen contratos temporales, lo que aumenta la tasa de rotación del personal. En el conjunto del SNS, el 30 % de todos los empleados tenía un contrato temporal en 2017, frente al 27 % en 2012.
5. La atención primaria sigue siendo el elemento central del sistema sanitario español, proporcionando tratamientos de agudos y crónicos a toda la población y prestando servicios específicos de prevención y promoción de la salud dirigidos a niños, mujeres y personas mayores. Los médicos de familia controlan el acceso a cuidados más especializados y desempeñan un papel fundamental en la continuidad de la atención entre el nivel primario y secundario.
6. La atención secundaria adopta la forma de asistencia especializada ambulatoria, asistencia en régimen interno, asistencia en régimen de día o asistencia de urgencia.
7. El envejecimiento de la población y el aumento constante de las enfermedades crónicas suponen un mayor nivel de exigencia para la atención primaria. A pesar de esta presión creciente, el gasto público en los hospitales representa un porcentaje cada vez mayor del gasto público total, mientras que el porcentaje asignado a la atención primaria se estanca.
8. Las necesidades insatisfechas de servicios médicos son bajas, pero aumentan en lo referente a la atención dental. Los pagos directos son elevados debido al gasto en medicamentos y asistencia dental. Los tiempos de espera para las intervenciones quirúrgicas programadas siguen siendo un problema.
9. Asimismo, se han implantado servicios de telemedicina en distintas regiones con el fin de superar las barreras geográficas y promover la continuidad de la atención. Un reto para el futuro será ampliar aquellas iniciativas que están demostrando su eficacia.

Más críticamente, la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública destaca importantes debilidades del sistema sanitario español tras años de crisis y recortes, que la pandemia ha puesto en evidencia: Una baja financiación (el gasto sanitario público se situaba en torno a 0,5-1 punto por debajo del promedio sobre el PIB de la UE y ha disminuido desde 2009 entre 0,7 y 1 punto en nuestro país; en 2018 la financiación en España por habitante fueron 1.617 € frente a 3.879 de Alemania, 3.278 de Francia o 2.275 del promedio de la UE); un número muy bajo de camas hospitalarias por 1000 habitantes que disminuyeron en más de 12.000 entre 2010 y 2018; poco personal sanitario, especialmente de enfermería; una atención primaria debilitada; escasez de

material de reserva y una importante privatización; a lo que hay que sumar unas residencias con poco personal y de baja cualificación y en manos mayoritariamente del sector privado, de fondos de capital riesgo, con un mínimo control; e importantes debilidades de la coordinación entre las CCAA y el Ministerio de Sanidad a la hora de proponer y hacer operativas políticas sanitarias comunes (como se ha puesto de relieve ostensiblemente durante la gestión de la pandemia). Destacan asimismo el proceso de privatización llevado a cabo, con la habilitación de la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de Nuevas Formas de Gestión del Sistema Nacional de Salud, a través de hospitales de Colaboración Público Privada, y los conciertos con laboratorios, servicios de diagnóstico por imagen y con centros sanitarios privados, a lo que se unen las desgravaciones de los seguros sanitarios privados complementarios y el escaso cumplimiento de las incompatibilidades y de la dedicación exclusiva de los trabajadores sanitarios del sistema público⁴⁷.

Es claro que la pandemia de la COVID-19 ha puesto de manifiesto las fortalezas que aún mantiene el sistema público de salud de nuestro país, pero también ha evidenciado los problemas estructurales que viene arrastrando desde hace años y los retos y dificultades a los que se enfrenta a la hora de abordar situaciones que requieren anticipación, respuesta rápida y coordinación en cada territorio y con el resto del país.

El abordaje de la pandemia de la COVID-19 por un sistema nacional de salud, como el español, descentralizado en 17 sistemas autonómicos de salud ha sido desigual y complejo, pese a que en un determinado momento entró en funcionamiento el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (previsto en el art. 70 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y regulado en los arts. 69 y sigs. de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud), órgano de coordinación que hasta ahora no ha cumplido el objetivo de superar los desequilibrios y desigualdades territoriales sanitarias⁴⁸. La respuesta sanitaria a la pandemia ha sido “hospitalocéntrica” por la desproporcionada demanda de pacientes críticos y por la dificultad de respuesta de la Atención Primaria, tras años de desvalorización y desatención por las autoridades sanitarias en las distintas Comunidades Autónomas (si bien los profesionales de Atención Primaria constataron en las primeras semanas la insuficiencia de la estrategia centrada en el hospital)⁴⁹.

Además, se han planteado importantes dificultades por la falta de suministros de equipos de protección individual, los precios abusivos y arbitrarios de los medicamentos y muy especialmente de las vacunas, que ha provocado una importante movilización a nivel mundial (liderada por la OMS y diferentes Organizaciones No Gubernamentales a las que se han sumado algunos países -destacadamente, por su significación cuantitativa, Estados Unidos- y organismos internacionales)⁵⁰.

En el *Informe SESPAS 2022, “La respuesta a la pandemia de la COVID-19. Lecciones aprendidas”*, se indica que “la crisis económica de 2008 y los recortes presupuestarios posteriores supusieron un punto de inflexión en el desarrollo de la AP -Atención Primaria-, ahondando todavía

⁴⁷ Vid. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública: “Propuestas urgentes para la Sanidad Pública tras la pandemia”. *Salud 2000. Política Sanitaria* nº 158, Junio 2020, pp. 23 y ss.

⁴⁸ Vid. DÍAZ AZNARTE, M.T.: “El Sistema Nacional de Salud y las carteras de servicios común y complementarias. Una visión crítica de la descentralización territorial en materia de asistencia sanitaria”, en Moreno Vida, M.N. y Díaz Aznarte, M.T. (Dir.): *La protección de la salud en el marco del Estado de Bienestar. Una visión nacional y europea*. Edit. Comares, Granada, 2019, pp.119 y ss. También Martínez Olmos, J.: “Los desafíos de la gestión de una pandemia en un contexto multinacional. El caso de la Covid-19”, *OPEX. Observatorio de Política Exterior Española*. Documento de Trabajo Opex Nº 106/2020. Fundación Alternativas y Ministerio de Defensa, 2020.

⁴⁹ Vid. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública: “Propuestas urgentes para la Sanidad Pública tras la pandemia”. *Salud 2000. Política Sanitaria* nº 158, Junio 2020, pp. 23 y ss. Vid. en esa misma publicación el abordaje de la pandemia en Cataluña, Madrid y Canarias. <https://www.fadsp.org/documents/Salud2000/158/158POLITICASANITARIA.pdf>

⁵⁰ Vid. sobre el tema del monopolio de medicamentos y el actual modelo de patentes, el interesante estudio de GÁLVEZ ZALOÑA, R. y LAMATA COTANDA, F.: “Monopolios y precios de los medicamentos: un problema ético y de salud pública...”, *op. cit.*

más en la crisis de prestigio, liderazgo y recursos que la AP sufría dentro del Sistema Nacional de Salud desde décadas atrás” y, pese al reconocimiento internacional de su valía, priorizando el nivel hospitalario, más favorecido desde el punto de vista presupuestario y socialmente. A ello se añade que “algunos de los valores nucleares que definen y caracterizan la Atención Primaria han sufrido enormemente a lo largo de esta pandemia, poniendo en peligro la solvencia de todo el conjunto del sistema de salud”, destacando algunos aspectos⁵¹:

- No se concedió a la AP la importancia y el papel más relevante que debía haber tenido en la gestión inicial de la pandemia, desviándose recursos humanos y materiales al hospital, produciéndose el cierre de centros de salud y de consultorios en algunas comunidades autónomas, situación que dos años después no se ha revertido en algunos casos (afectando de esta manera a la accesibilidad de la Atención Primaria)⁵².
- La relación de confianza mutua entre el paciente y el profesional a lo largo del tiempo, que caracteriza a la Atención Primaria, se ha roto como consecuencia de que durante la pandemia la atención a la cronicidad y a otras patologías distintas de la COVID-19 quedó en suspenso, y la temporalidad y la inestabilidad de las plantillas se incrementaron.
- La capacidad de atención integral y de resolutiveidad se perdieron totalmente en la primera oleada, al no tener acceso a las primeras pruebas diagnósticas (reservadas para los servicios de emergencias y los hospitales). Sin embargo, la falta de accesibilidad propició la eficaz incorporación de medidas como la implantación de la consulta telefónica, la atención telemática en algunas comunidades autónomas, la potenciación de la receta electrónica, el acceso remoto a historias clínicas, etc.
- La coordinación de la AP tanto con otros niveles asistenciales como con ámbitos sociocomunitarios sufrió cambios, con protocolos diversos, pero la coordinación con el hospital quedó reducida a la derivación y el seguimiento conjunto de casos que requirieron atención urgente y hospitalización.

4. DEFICIENCIAS Y DEBILIDADES DEL SNS. INSUFICIENCIA DE LOS INSTRUMENTOS LEGALES EXISTENTES Y PROPUESTAS DE REFORMA

Como ya se ha señalado, el SNS sigue adoleciendo de importantes deficiencias y debilidades, entre las que destacan especialmente: la falta de universalidad del sistema, las vías de privatización y gestión indirecta que se mantienen en nuestro modelo, la ausencia de una coordinación territorial eficaz, la ineficacia de la acción preventiva y la necesidad de integrar la salud en todas las políticas, la deficiente coordinación sociosanitaria, la ausencia de un gasto farmacéutico racional, el desmantelamiento de la atención primaria.

La deficiente experiencia en coordinación sanitaria, las deficiencias y debilidades del SNS que se han puesto de manifiesto en estos años y las nuevas necesidades detectadas desde la aprobación de la Ley General de Sanidad y de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS ha puesto de manifiesto

⁵¹ Vid. EDUARDO SATUÉ DE VELASCO, MANUEL GAYOL FERNÁNDEZ, MARÍA TERESA EYARALAR RIERA, ROSA MAGALLÓN BOTAYA, FRANCISCO ABAL FERRER: “Impacto de la pandemia en la atención primaria”. *Informe SESPAS 2022, “La respuesta a la pandemia de la COVID-19. Lecciones aprendidas”*, Gac Sanit. 2022;36 Supl 1:S30-S35

⁵² Señalan los autores del Informe que “La transmisión y la extensión de la infección por SARS-CoV-2 eran las propias de una enfermedad comunitaria y, sin embargo, las primeras medidas que se adoptaron se centraron en los servicios de emergencias en la atención extrahospitalaria y en el nivel hospitalario, a pesar de que una inmensa mayoría de las personas infectadas no precisaban acudir al hospital, tal como puede verse en la tabla 1, donde se muestra que solo una décima parte de los infectados detectados precisaron acudir al hospital”. Vid. EDUARDO SATUÉ DE VELASCO, MANUEL GAYOL FERNÁNDEZ, MARÍA TERESA EYARALAR RIERA, ROSA MAGALLÓN BOTAYA, FRANCISCO ABAL FERRER: “Impacto de la pandemia en la atención primaria”. *Informe SESPAS 2022, “La respuesta a la pandemia de la COVID-19. Lecciones aprendidas”*, Gac Sanit. 2022;36 Supl 1:S30-S35.

la necesidad de buscar un nuevo modelo para, aprovechando la experiencia previa y ofreciendo instrumentos nuevos, garantizar que los ciudadanos reciban un servicio sanitario público de calidad y en condiciones de igualdad efectiva en el acceso a las prestaciones sanitarias, independientemente del lugar de su residencia.

4.1. Falta de universalidad del sistema de atención sanitaria. Hacia la universalidad sin excepciones

Uno de los principales aspectos de la equidad en salud pública es la garantía de acceso universal a la protección pública de la salud. La existencia de restricciones en el ámbito subjetivo de cobertura supone la existencia de inequidades sanitarias y es una grave ruptura del componente igualitario que debe presidir el Estado social de Derecho en un ámbito tan importante como la salud, que no sólo tiene una dimensión individual en cuanto derecho fundamental reconocido internacionalmente sino que también tiene una importante dimensión colectiva referida a la salud de todos y al progreso de la sociedad⁵³.

La reforma sanitaria de 2012 rompió el principio de universalidad que presidía nuestro modelo de protección a la salud al volver a introducir la noción de “asegurado” propia de los inicios del sistema de prestaciones sanitarias (admitido por el Tribunal Constitucional al considerar que el derecho a la protección de la salud es un “derecho de configuración legal”, que puede ser modulado por el legislador en cuanto a las condiciones de acceso a las prestaciones sanitarias y, por tanto, en cuanto a su aplicación a los extranjeros, sin que el “objetivo” de la universalidad signifique un derecho incondicionado “de toda persona residente o transeúnte que se halle en España a obtener gratuitamente todo tipo de prestaciones sanitarias”; vid. ATC 239/2021, de 12 de diciembre). Pero, en el marco de sus competencias, algunas comunidades autónomas (País Vasco, Castilla-La Mancha, Navarra, Comunidad Valenciana...) aprobaron normas para extender en sus territorios el ámbito de las prestaciones sanitarias mediante la garantía de acceso universal a la atención sanitaria. Todo ello supuso, además de una restricción de un derecho fundamental contraria a las normas internacionales ratificadas por nuestro país, una ruptura de la homogeneidad del derecho a la protección de la salud dentro del territorio nacional. Una clara ruptura de la cohesión y equidad de nuestro sistema⁵⁴. Con el agravante además de que con dicha reforma quienes se vieron “privados de una asistencia sanitaria normalizada son colectivos de una especial vulnerabilidad, amenazados por la exclusión social, como es el caso de la población extranjera no registrada ni autorizada a residir en España”⁵⁵.

Con el RD-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, se recuperó el principio de universalidad pero distinguiéndose entre la titularidad del derecho y su efectividad con cargo a fondos públicos⁵⁶ [la STC 139/20016, de 21 de julio, estableció que “la universalidad, en lo que significa como derecho de acceso y la correlativa obligación de los servicios

⁵³ Vid. RODRÍGUEZ-RICO ROLDÁN, V.: “Titulares y beneficiarios del derecho a la asistencia sanitaria”, en Monereo Pérez, Rivas Vallejo, Moreno Vida, Vila Tierno y Álvarez Cortés (Dirs.): *Salud y asistencia sanitaria en España en tiempos de pandemia COVID-19*, Thomson Reuters Aranzadi, Navarra, 2021, págs. 1071 y sigs. Como señala la autora, “Se pone, así, en evidencia la unidad que caracteriza la protección de la salud como un bien jurídico integrador, conformado por una vertiente individual y otra colectiva que quedan ineludiblemente vinculadas”.

⁵⁴ Vid. MOLINA HERMOSILLA, O.: “El derecho a la asistencia sanitaria en su configuración histórica. Antecedentes y evolución histórica”, en Monereo Pérez, Rivas Vallejo, Moreno Vida, Vila Tierno y Álvarez Cortés (Dirs.): *Salud y asistencia sanitaria en España en tiempos de pandemia COVID-19*, Thomson Reuters Aranzadi, Navarra, 2021, págs. 88 y sigs.

⁵⁵ Vid. MONEREO PÉREZ, J.L.: “El derecho a la salud y a la asistencia sanitaria en los ordenamientos interno e internacional”, en Monereo Pérez, Rivas Vallejo, Moreno Vida, Vila Tierno y Álvarez Cortés (Dirs.): *Salud y asistencia sanitaria en España en tiempos de pandemia COVID-19*, Thomson Reuters Aranzadi, Navarra, 2021, págs. 183 y sigs.

⁵⁶ Vid. RODRÍGUEZ-RICO ROLDÁN, V.: “Titulares y beneficiarios del derecho a la asistencia sanitaria”, en Monereo Pérez, Rivas Vallejo, Moreno Vida, Vila Tierno y Álvarez Cortés (Dirs.): *Salud y asistencia sanitaria en España en tiempos de pandemia COVID-19*, op.cit., págs. 1088 y sigs.

sanitarios del Sistema Nacional de Salud de atender a los usuarios que reclaman atención sanitaria, no puede, en suma, confundirse con un derecho a la gratuidad en las prestaciones y los servicios sanitarios”], de forma que aquellas personas que no tengan derecho a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos, por no cumplir los requisitos establecidos legalmente, “podrán obtener dicha prestación mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial” (art. 3.3 LCCSNS). Aunque la norma recuperó el derecho a la protección de la salud y a la asistencia sanitaria de las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española, se establecieron los requisitos que deben cumplir los extranjeros en situación irregular para que su asistencia sanitaria se sufrague con fondos públicos (art. 3 ter LCCSNS).

No obstante, pese a la mejora que supuso el RDL 7/2018, no se ha subsanado por completo la situación al quedar fuera de la titularidad del derecho colectivos como los españoles emigrante o los ascendientes reagrupados y al mantener para los extranjeros en situación irregular la exigencia de unos requisitos que condicionan la efectividad del derecho. La cobertura sanitaria en nuestro país sigue, pues, sin ser verdaderamente universal y sin que se garantice el acceso en condiciones de igualdad en la medida en que no en todos los casos se accede a la totalidad de la cartera común de servicios (por ejemplo, para los solicitantes de asilo)⁵⁷.

Con el objetivo de garantizar la homogeneidad en la efectividad del derecho a la protección a la salud y ampliar los derechos de la población actualmente no incluida, en relación al acceso universal al SNS, el *Proyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud* (BOCG. Congreso de los Diputados de 24 de junio de 2022; que fue sometido previamente a consulta pública y aprobado por el Consejo de Ministros el 14 de junio de 2022) amplía el derecho a la protección de la salud, reconociendo el derecho a la asistencia sanitaria -como titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria- con cargo a los fondos públicos:

- a) A las personas ascendientes reagrupadas cuando tengan un hijo o hija titular del derecho a la asistencia sanitaria en el SNS, que estén a cargo del mismo, y siempre que no exista un tercero obligado al pago (a tales efectos, las autoridades competentes no exigirán seguro de enfermedad para la autorización de residencia en España o la inscripción en el registro central de extranjeros cuando comprueben que la persona ascendiente se encuentra a cargo de la persona titular del derecho);
- b) A las personas españolas de origen que residan en el exterior durante sus desplazamientos temporales a nuestro país, así como a sus familiares que les acompañen, cuando, de acuerdo a lo dispuesto en los reglamentos comunitarios de coordinación de sistemas de Seguridad Social o los convenios bilaterales que comprendan la prestación de asistencia sanitaria, no tuvieran prevista esta cobertura;
- c) A las personas solicitantes de protección internacional, a las personas desplazadas solicitantes y beneficiarias de protección temporal, y a las víctimas de trata de seres humanos o de explotación sexual. Se incluyen, en estos casos, como personas extranjeras que, no siendo titulares de derecho, tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas titulares de derecho durante su permanencia en España, mientras permanezcan en esta situación.

⁵⁷ Vid. MOLINA HERMOSILLA, O.: “El derecho a la asistencia sanitaria en su configuración histórica. Antecedentes y evolución histórica”, en Monereo Pérez, Rivas Vallejo, Moreno Vida, Vila Tierno y Álvarez Cortés (Dirs.): *Salud y asistencia sanitaria en España en tiempos de pandemia COVID-19*, Thomson Reuters Aranzadi, Navarra, 2021, págs. 94 y sigs.; Rodríguez-Rico Roldán, Victoria: “Titulares y beneficiarios del derecho a la asistencia sanitaria”, en Monereo Pérez, Rivas Vallejo, Moreno Vida, Vila Tierno y Álvarez Cortés (Dirs.): *Salud y asistencia sanitaria en España en tiempos de pandemia COVID-19*, op.cit., págs. 1110 y sigs.

Asimismo, como ya estableció el RD-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, en el citado Proyecto de Ley se garantiza que el derecho a la protección a la salud y la asistencia sanitaria de las personas no registradas ni autorizadas como residentes en España -no titulares del derecho- sea ejercido con los mismos requisitos y condiciones en todas las comunidades autónomas, y se regula con carácter homogéneo la rehabilitación para personas con déficit funcional en los ámbitos sanitario y sociosanitario.

El objetivo es, como señala la Exposición de Motivos de este Proyecto de ley “que el derecho a la protección de la salud alcance a los colectivos citados, como expresión de una política activa de ampliación de derechos que benefician, no solo a la salud individual, sino a la salud del conjunto de la ciudadanía española, minimizando las desigualdades en salud y garantizando la mejor salud para todos y para todas”.

Pese a todo, se mantienen determinados requisitos que condicionan la efectividad del derecho, por lo que, pese a la importante ampliación de la titularidad del derecho que se propone con la reforma, no se recupera la “universalidad sin excepciones” del derecho a la asistencia sanitaria. La competencia para el reconocimiento y control del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos corresponderá al Ministerio de Sanidad con la colaboración de las entidades y administraciones públicas imprescindibles para comprobar la concurrencia de los requisitos establecidos legalmente: las personas no registradas ni autorizadas como residentes en España deberán acreditar ante las administraciones competentes, mediante una declaración responsable, no tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía, en virtud de lo dispuesto en el derecho de la Unión Europea, los convenios bilaterales y demás normativa aplicable, no poder exportar el derecho de cobertura sanitaria desde su país de origen o procedencia, y no existir un tercero obligado al pago. Además, para que las personas extranjeras que se encuentren en situación de estancia temporal, de acuerdo con lo previsto en la LO 4/2000, de 11 de enero, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social, reciban asistencia sanitaria con cargo a los fondos públicos será preceptivo un informe previo favorable que acredite su voluntad de residir en España emitido por los servicios sociales competentes de las Comunidades Autónomas, y siempre que la atención sanitaria no constituya el motivo de su desplazamiento. Reglamentariamente, las Comunidades Autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (en el caso de Ceuta y Melilla), en el ámbito de sus respectivas competencias, fijarán el procedimiento para la solicitud y expedición del documento certificativo que acredite a las personas extranjeras para poder recibir la prestación asistencial.

Una vez reconocido el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos, este se hará efectivo por las administraciones sanitarias competentes, que facilitarán el acceso de los ciudadanos a las prestaciones de asistencia sanitaria mediante la expedición de la tarjeta sanitaria individual o del documento que en cada caso corresponda.

Pese a todo, la acreditación de la residencia de las personas extranjeras cuando éstas tengan dificultades para empadronarse sigue planteando numerosos problemas, de ahí que se haya planteado que puedan ser las ONG las que acrediten también la residencia, de modo similar a la colaboración de éstas que se ha previsto para la acreditación de los requisitos exigidos para el reconocimiento del Ingreso Mínimo Vital.

4.2. La gestión pública del Sistema Nacional de Salud y las vías de privatización existentes

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, incorporó al ámbito del SNS un modelo de organización de los centros y servicios sanitarios caracterizado, fundamentalmente, por la gestión directa (tradicional en las instituciones sanitarias de la Seguridad Social) y estableció (art. 45) de forma rotunda que las funciones y prestaciones sanitarias, que integran el SNS “son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud”.

Por otra parte, en el título IV regula las actividades sanitarias privadas, reconociendo el derecho al ejercicio libre de las profesiones sanitarias (art. 88) y la libertad de empresa en el sector sanitario, de acuerdo con lo establecido en los arts. 35 y 36 CE. Pero junto a dicha actividad privada, la LGS posibilita la colaboración de sujetos privados en la prestación del servicio público sanitario a través de la posible vinculación de centros privados a la red sanitaria pública por una doble vía: la del concierto sanitario prevista en el propio título IV, en su artículo 90⁵⁸, o la de los convenios singulares, establecidos en los artículos 66 y 67⁵⁹. Los hospitales privados concertados, vinculados en la oferta pública, deberán ser previamente homologados y estarán sometidos a las mismas inspecciones y controles sanitarios, administrativos y económicos que los hospitales públicos, aplicando criterios homogéneos y previamente reglados. Además, la Administración Pública correspondiente ejercerá funciones de inspección sobre aspectos sanitarios, administrativos y económicos relativos a cada enfermo por cuenta de la Administración Pública en los centros privados concertados (arts. 67 y 94).

Posteriormente se publicó la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, que vino a establecer que la gestión de los centros y servicios sanitarios y sociosanitarios puede llevarse a cabo directamente o indirectamente a través de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho, creadas por personas o entidades públicas o privadas, así como a través de la constitución de consorcios, fundaciones u otros entes dotados de personalidad jurídica, tales como empresas públicas u otras entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en nuestro ordenamiento jurídico, pudiéndose establecer, además, acuerdos, convenios y fórmulas de gestión integrada o compartida (contratos con personas o entidades públicas o privadas)⁶⁰. Con esta norma se sitúa a las fórmulas de gestión indirecta como una fórmula de gestión al mismo nivel que la directa, frente a la exclusividad de la gestión directa de los servicios públicos que se había mantenido prácticamente desde la creación del INSALUD en 1978. Como señala Girela Molina⁶¹, “los centros privados tienen aquí una doble condición: por un lado reflejan el ejercicio de una actividad privada libre y por otro, en cuanto contribuyen a la efectividad

⁵⁸ Artículo 90 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad: “Las Administraciones Públicas Sanitarias, en el ámbito de sus respectivas competencias, podrán establecer conciertos para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos a ellas”, supeditados previamente a la utilización óptima de sus recursos sanitarios propios por parte de las Administraciones Públicas y a que dichos conciertos no contradigan los objetivos sanitarios, sociales y económicos establecidos en los correspondientes planes de salud.

⁵⁹ Artículo 66 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad: “1. Formará parte de la política sanitaria de todas las Administraciones Públicas la creación de una red integrada de hospitales del sector público. Los hospitales generales del sector privado que lo soliciten serán vinculados al Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con un protocolo definido, siempre que por sus características técnicas sean homologables, cuando las necesidades asistenciales lo justifiquen y si las disponibilidades económicas del sector público lo permiten. 2. Los protocolos serán objeto de revisión periódica. 3. El sector privado vinculado mantendrá la titularidad de centros y establecimientos dependientes del mismo, así como la titularidad de las relaciones laborales del personal que en ellos preste sus servicios”. Artículo 67: “1. La vinculación a la red pública de los hospitales a que se refiere el artículo anterior se realizará mediante convenios singulares. 2. El Convenio establecerá los derechos y obligaciones recíprocas en cuanto a duración, prórroga, suspensión temporal, extinción definitiva del mismo, régimen económico, número de camas hospitalarias y demás condiciones de prestación de la asistencia sanitaria, de acuerdo con las disposiciones que se dicten para el desarrollo de esta Ley. El régimen de jornada de los hospitales a que se refiere este apartado será el mismo que el de los hospitales públicos de análoga naturaleza en el correspondiente ámbito territorial. 3. En cada Convenio que se establezca de acuerdo con los apartados anteriores, quedará asegurado que la atención sanitaria por hospitales privados a los usuarios del Sistema Sanitario, se imparte en condiciones de gratuidad, por lo que las actividades sanitarias de dicho hospital no podrán tener carácter lucrativo. El cobro de cualquier cantidad a los enfermos en concepto de atenciones no sanitarias, cualquiera que sea la naturaleza de éstas, podrá ser establecido si previamente son autorizados por la Administración Sanitaria correspondiente el concepto y la cuantía que por él se pretende cobrar (...)”.

⁶⁰ La Ley 15/1997, de 25 de abril, contiene también una disposición adicional única, relativa al régimen jurídico de los consorcios sanitarios, que fue añadida por la Ley 15/2014, de 16 de septiembre, de racionalización del Sector Público y otras medidas de reforma administrativa.

⁶¹ Vid. GIRELA MOLINA, B.: “La sanidad privada en España. Colaboración con el sector sanitario público. Gestión sanitaria de la pandemia COVID”, en Monereo Pérez, Rivas Vallejo, Moreno Vida, Vila Tierno y Álvarez Cortés

de unas prestaciones que son responsabilidad de los poderes públicos, son gestores indirectos de un servicio público”.

Desde hace ya tiempo es una realidad que la prestación de una parte importante de los servicios básicos o esenciales se ha liberalizado y, en gran medida, privatizado. La complejidad cada vez mayor de las Administraciones Públicas y la creciente apertura de mercados a la libre competencia ha tenido como consecuencia que se haya producido una radical evolución de la prestación de dichos servicios básicos o esenciales, que han dejado de configurarse como un servicio público reservado a la Administración para abrirse a la colaboración entre el sector público y el sector privado (en particular, con la creación de entes instrumentales vinculados a las distintas Administraciones Públicas, o mediante conciertos, concesiones o contrataciones públicas) y directamente al sector privado, pudiendo ser prestados también por empresas privadas bajo el régimen de libre mercado⁶².

También, como ya se ha indicado, en la prestación de la asistencia sanitaria, como servicio esencial para la vida de las personas, se ha facilitado la introducción de la competencia y la colaboración público-privada, con lo que ello plantea respecto a la necesidad de establecer limitaciones de la regulación de los operadores de dicha prestación para asegurar los derechos y las libertades de los ciudadanos en diversos aspectos como la calidad del servicio o la garantía de acceso universal. Todo ello es la expresión de la situación actual caracterizada, como ha indicado Parejo Alfonso⁶³, por un progresivo dominio del mercado “como mecanismo preferente de satisfacción de las necesidades sociales en bienes y servicios”, la valoración de la actividad del poder público desde la eficacia y la eficiencia y, combinadamente, la desterritorialización de la economía. Se trata, como ya indicara Monereo Pérez, de la remercantilización de la salud⁶⁴. La consecuencia de todo ello es la incidencia cada vez mayor de la prestación de servicios esenciales como la asistencia sanitaria a través de mecanismos de gestión privada, sea en el sector público (a través de la creación de sociedades mercantiles, consorcios, entidades instrumentales, ex art. 3 de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público) o en el sector privado (asumiendo éste directamente la prestación de servicios básicos o esenciales o a través de conciertos, concesiones administrativas, contratos, etc.), de forma que el Estado se sitúa básicamente en la función de “estado garante”, fundamentalmente a través de las regulaciones organizativas y procedimentales.

Las tendencias liberalizadoras y privatizadoras que hoy día se imponen van alejándose de un concepto de servicio público como garantía y técnica de realización de los derechos fundamentales y las necesidades de la comunidad en virtud de la obligación de promoción de la libertad y la igualdad entre los ciudadanos que el art. 9.2 CE atribuye a los poderes públicos⁶⁵. Frente a esa idea, el servicio público se tiende a configurar como mera técnica de organización -cuya eficacia, por otra parte, se tiende asimismo a poner en duda frente a las “bondades” de la iniciativa privada- de actividades

(Dirs.): *Salud y asistencia sanitaria en España en tiempos de pandemia COVID-19*, Thomson Reuters Aranzadi, Navarra, 2021, pág. 579.

⁶² Vid. MONEREO PÉREZ, J.L.: “Las reestructuraciones en el sector público y su incidencia en el empleo público laboral”, en Castillo Blanco y Monereo Pérez (Dirs.): *Reestructuración de las Administraciones Públicas: Aspectos administrativos y laborales*, Edit. Comares, Granada, 2015, pág. 212; Id.: “Aspectos laborales de la interconexión entre Administraciones Públicas y entes instrumentales: Irregularidades en la contratación y legislación de emergencia”, *Revista de Derecho Social*, núm. 67, págs. 13 y sigs.; Sindic de Greuges de Catalunya: *La prestación privada de servicios de interés general y buenas prácticas corporativas*. 1ª ed., 2014 [<http://www.sindic.cat/site/unitFiles/3606/La%20prestacion%20privada%20de%20servicios%20de%20interes%20general%20def.pdf>]

⁶³ Cfr. PAREJO ALFONSO, L.: “Estado y procesos de cambio. Del Estado prestacional al garante de la prestación”, *Asamblea: revista parlamentaria de la Asamblea de Madrid*, núm. 33, 2015, pág. 75.

⁶⁴ Vid. MONEREO PÉREZ, J.L.: “La salud como derecho humano fundamental”, en *Relaciones Laborales: Revista crítica de teoría y práctica*, núm. 9 (2014); Id.: “El derecho a la salud y a la asistencia sanitaria en los ordenamientos interno e internacional”, en Monereo Pérez J.L., Rivas Vallejo, P., Moreno Vida, M.N., Vila Tierno, F. y Álvarez Cortés, J.C. (Dirs.), *Salud y asistencia sanitaria en España en tiempos de pandemia COVID-19*, Aranzadi, 2021, Tomo I.

⁶⁵ Vid. CHINCHILLA MARÍN, C.: *La radiotelevisión como servicio público esencial*, Tecnos, Madrid, 1988, págs. 94 y sigs.

prestacionales de bienes y servicios de carácter indispensable, vital o básico⁶⁶, que no es, además, la única posible. En este marco se ha venido planteando la permanente exigencia de “reforma y modernización” del Sistema Nacional de Salud, dirigida por la finalidad de reducción del gasto público y de reestructuración y racionalización.

Como indica Parejo Alfonso, “el servicio público puede invocarse bien como idea más propiamente política que jurídica, bien como técnica precisa de organización de una actividad de dación de bienes o prestación de servicios”. Se refiere así a un concepto de servicio público objetivo, en el que la reserva no impide el juego de la libre empresa en régimen de competencia, pudiendo concurrir la acción pública y la de los sujetos privados, si bien, como señala este autor, “la concurrencia pueda ser desigual en función del régimen jurídico-público a que queda sujeta la acción pública” (como en el caso de la sanidad o educación, en cuanto se refieren a la satisfacción de necesidades colectivas de interés general)⁶⁷.

Muy significativa es la expresión utilizada en el ámbito comunitario de “servicios de interés general”, como expresión del abandono (implícito) de la calificación formal de servicio público⁶⁸, pese a que la presencia de “interés general” autoriza la imposición a los mismos de “obligaciones de servicio público”. Así, los poderes públicos pueden imponer al proveedor del servicio obligaciones específicas, o restricciones, con el fin de garantizar la consecución de ciertos objetivos de interés público (como se llevó a cabo durante la pandemia de la COVID-19 con los hospitales privados⁶⁹). En ese sentido, el art. 128.2 CE, si bien reconoce la iniciativa pública en la actividad económica, establece que “mediante ley se podrá reservar al sector público recursos o servicios esenciales, especialmente en caso de monopolio, y asimismo acordar la intervención de empresas cuando así lo exigiere el interés general”), introduciendo así una facultad que constituye una medida restrictiva importante frente al derecho constitucional a la libertad de empresa en una economía de mercado. El Tribunal Constitucional ha matizado que “la asunción por los poderes públicos de una actividad como servicio público, para abrir posteriormente su gestión a particulares, no puede tener otra justificación -en la medida en que resultan afectados derechos fundamentales- que la de servir a los intereses generales y asegurar la vigencia de otros bienes y principios o derechos constitucionales” (STC 127/1994, de 5 de mayo).

Dentro de los “servicios de interés general” la Comisión Europea entiende comprendido el ámbito de los servicios sociales, incluidos los de asistencia sanitaria, los cuidados de larga duración, la seguridad social, los servicios de empleo, y la vivienda social⁷⁰. Los califica como servicios

⁶⁶ FERNÁNDEZ GARCÍA, M.Y.: *Estatuto jurídico de los servicios esenciales económicos en red*, INAP/ Editorial Ciudad Argentina, Madrid, 2003, págs. 148 y sigs.

⁶⁷ Cfr. PAREJO ALFONSO, L.: “Servicios públicos y servicios de interés general: la renovada actualidad de los primeros”, en Cienfuegos Salgado, G. y Rodríguez Lozano, L.G. (Coords.): *Actualidad de los servicios públicos en Iberoamérica*, Edit. Universidad Autónoma de México / Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2008, págs. 477-478.

⁶⁸ *Vid. Libro Verde sobre los servicios de interés general* (Presentado por la Comisión) Bruselas, 21.5.2003 [COM(2003) 270 final]. También *Libro Blanco sobre los servicios de interés general*. Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social europeo y al Comité de las Regiones. Bruselas, 12.5.2004. COM(2004) 374 final.

⁶⁹ *Vid. GIRELA MOLINA, B.*: “La sanidad privada en España. Colaboración con el sector sanitario público. Gestión sanitaria de la pandemia COVID”, op.cit., págs. 600 y sigs.; PALOMAR OLMEDA, A.: “La configuración de la urgencia de un sistema de salud, la incidencia en el ámbito privado y el control de la actividad de éstos”, *Derecho y Salud*, Vol. 30, Nº extra 1, 2020 (ejemplar dedicado a COVID-19), págs. 36-46.

⁷⁰ Finalmente la Directiva 2006/123/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 12 de diciembre de 2006, relativa a los servicios en el mercado interior (y, por tanto, también la Ley 17/2009, de 23 de noviembre, sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio) ha excluido de su ámbito de aplicación, aparte de los servicios no económicos de interés general, numerosos supuestos que sí están en el ámbito de aplicación de la libre competencia -servicios económicos de interés general- por motivos muy diversos. Dentro de estas exclusiones, y por lo que aquí interesa ahora, están los servicios sanitarios (incluidos los servicios farmacéuticos y con independencia del tipo de establecimiento, organización, financiación y de su carácter público o privado); los servicios sociales relativos a la vivienda social, la atención a la infancia y el apoyo a familias y personas temporal o permanentemente necesitadas

basados en el principio de solidaridad, centrados en la persona y que garantizan a los ciudadanos el disfrute efectivo de sus derechos fundamentales y un elevado nivel de protección social, reforzando la cohesión social y territorial. La Comisión europea reconoce que, en principio, es facultad de los Estados miembros decidir la manera de organizar los servicios de interés general, pudiendo así decidir si prestan ellas mismas un servicio de interés general o si confían dicha tarea a otra entidad (pública o privada)⁷¹, siendo cada vez más frecuente que los Estados recurran a fórmulas de asociación público-privada, consistentes en contratos de concepción-construcción-financiación-explotación, concesiones o la creación de empresas de economía mixta, para la ejecución de proyectos de infraestructura o la prestación de servicios de interés general.

Como se ha puesto de manifiesto en numerosos estudios, la gestión pública directa de la asistencia sanitaria de forma muy poco diferenciada dentro de la Administración Pública general ha planteado dificultades para las necesidades de gestión de la sanidad moderna y para la regulación del personal sanitario⁷². Ello impulsó en los años 90 la creación de algunos hospitales públicos con personalidad jurídica propia en forma de fundaciones o empresas públicas. Pero, como señala Freire Campo, “también han dado alas a la privatización, usada como pretexto para políticas tan negativas para la sanidad pública de la Comunidad de Madrid y la Comunidad Valenciana”.

Las Comunidades Autónomas de Madrid, Valencia y Cataluña son las que más han utilizado las fórmulas de colaboración público-privada para la realización de infraestructuras sanitarias y de gestión de la asistencia sanitaria, a las que se han ido sumando también Castilla-La Mancha, Castilla y León, Galicia y más recientemente Andalucía. Entre las experiencias, algunas de ellas especialmente controvertidas, de colaboración público-privada o directamente privatizadoras se pueden destacar⁷³:

- el modelo PFI (Private Finance Initiative, Financiación Privada de Iniciativas Públicas) seguido por la Comunidad de Madrid. Supone la financiación de infraestructuras sanitarias públicas por el sector privado, que luego el gobierno correspondiente va pagando durante los siguientes años y que incluye la gestión de servicios no sanitarios, tales como limpieza, seguridad, gestión de residuos, de mantenimiento, de lavandería y esterilización⁷⁴;

proporcionados por el Estado, por prestadores encargados por el Estado o por asociaciones de beneficencia reconocidas como tales por el Estado; los servicios y redes de comunicaciones electrónicas; o los servicios en el ámbito del transporte, incluidos los portuarios.

⁷¹ Vid. Directiva 2006/123/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 12 de diciembre de 2006, relativa a los servicios en el mercado interior.

⁷² Vid., entre otros, LOBO, FÉLIX: *La Economía, la innovación y el futuro del Sistema Nacional de Salud español*. FUNCAS, Madrid, 2017 [<https://www.funcas.es/publicaciones/Sumario.aspx?IdRef=9-08017>]; FREIRE CAMPO, J.M.: “Público y privado en la sanidad”, en *Revista Tiempo de Paz*, núm. 142, otoño 2021 (Número especial coordinado por J. Vida Fernández), págs. 106, que habla de “gobernanza deficiente con gran rigidez organizativa y la carencia de los instrumentos de gestión que requieren los servicios sanitarios del siglo XXI”.

⁷³ Vid., más detenidamente, sobre las experiencias y modelos privatizadores, Sánchez Bayle, M.: *La privatización de la asistencia sanitaria en España*, Laboratorio de Alternativas, Documento de Trabajo 182/2014; FREIRE CAMPO, J.M.: “Público y privado en la sanidad”, en *Revista Tiempo de Paz*, núm. 142, otoño 2021 (Número especial coordinado por J. Vida Fernández), págs. 104 y sigs.; GIRELA MOLINA, B.: “La sanidad privada en España. Colaboración con el sector sanitario público. Gestión sanitaria de la pandemia COVID”, en Monereo Pérez, Rivas Vallejo, Moreno Vida, Vila Tierno y Álvarez Cortés (Dirs.): *Salud y asistencia sanitaria en España en tiempos de pandemia COVID-19*, Thomson Reuters Aranzadi, Navarra, 2021, págs. 577 y sigs.

⁷⁴ Este sistema nació al principio de los años 90 en el Reino Unido de M. Thatcher. En España el caso más importante de utilización de este esquema PFI para la financiación de hospitales públicos es el de la Comunidad de Madrid con el Plan de Infraestructuras 2004-2007 para la construcción de siete hospitales, por un coste total de 3.482,5 millones (euros de 2005); cfr. Freire Campo, J.M.: “Público y privado en la sanidad”, *op. cit.*, pág. 107.

- el modelo PPP (Public-private partnership, Participación Público-Privada) que se utiliza para la construcción de infraestructuras sanitarias incluyendo la gestión de servicios sanitarios y no sanitarios. Se trata de concesiones de gestión de servicio público, en la que se externaliza por completo la gestión, incluyendo los servicios clínicos, como el “modelo Alzira” valenciano que fue el primero, existiendo cuatro en la Comunidad Valenciana, uno en La Rioja y cuatro en la Comunidad de Madrid. Implica una subcontratación privada del aseguramiento sanitario público de toda la población de referencia del hospital concesionado, dado que la empresa es retribuida con una cantidad per cápita anual por cada persona del área concesionada⁷⁵ (los principales agentes de este modelo en nuestro país son Ribera Salud y Quirónsalud);
- el modelo de convenio, como el “convenio singular” entre el Hospital UTE-Fundación Jiménez Díaz y el Servicio Madrileño de Salud. Se trata de un convenio para la prestación de atención especializada ‘sustitutoria’ a una determinada población de referencia, que se compatibiliza con la atención a pacientes privados, a derivaciones de lista de espera y a pacientes que eligen o son remitidos a este hospital. Otros convenios de este tipo se han llevado a cabo con la Orden de San Juan de Dios en diferentes comunidades autónomas y con otras fundaciones.
- el modelo de concierto, para la realización de pruebas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos o para determinadas prestaciones sanitarias. En este modelo se incluyen, entre otros, la gestión privada de algunos centros de salud en Cataluña mediante la fórmula de concierto con las llamadas “Entidades de Base Asociativa” (EBAS), que son entidades de economía social formadas por médicos y otros profesionales sanitarios, con autonomía de gestión y un alto nivel de satisfacción de los usuarios y trabajadores de las mismas; o el Programa de Atención Dental Infantil (PADI) del País Vasco y de otras comunidades autónomas mediante el sistema de pago capitativo anual a dentistas de ejercicio profesional privado (técnica utilizada con frecuencia en muchos países desarrollados).
- también es una fórmula de colaboración público-privada el Mutualismo Administrativo (modelo MUFACE), que gestiona la cobertura sanitaria del régimen especial de seguridad social de los funcionarios públicos (MUFACE, MUGEJU o ISFAS). Es actualmente el mayor componente de la sanidad privada en España, cubriendo en 2019 a más de 1,8 millones de personas. Los beneficiarios eligen cada año recibir provisión pública o privada, siendo esta última la opción escogida por aproximadamente el 84% de los funcionarios, pero cambiando frecuentemente la opción hacia la provisión pública cuando se trata de enfermedades graves (cáncer y otros). Ello facilita el trasvase al SNS de ‘malos riesgos’ sanitarios, de pacientes aquejados de procesos graves y costosos⁷⁶. Se trata de un sistema público que traslada su gestión al Sistema Nacional de Salud o a entidades privadas, a elección de los asegurados. Al igual que la propia existencia de los regímenes especiales para los que se establece este sistema de aseguramiento sanitario constituye una anomalía y contradice los valores de equidad e igualdad. En la misma línea y con el mismo

⁷⁵ Como pone de relieve Freire Campo, “Este modelo concesional sanitario 100% privado, no existe en ningún país de nuestro entorno y supone la privatización más extrema posible de la sanidad pública, pues entrega toda la atención sanitaria pública (hospital y atención primaria) de una población a una empresa privada con ánimo de lucro en régimen de monopolio”. “Los problemas que presenta este modelo son múltiples, tanto teóricos (equidad poblacional en el acceso a la sanidad, regulación, asimetría de la información, costes de transacción, monitorización, etc.), como prácticos (dificultad para obviar el oportunismo, conflictos de interés, difícil control por parte del sector público, etc.)”; cfr. Freire Campo, J.M.: “Público y privado en la sanidad”, *op. cit.*, pág. 108.

⁷⁶ *Ibid.* Freire Campo, J.M.: “Público y privado en la sanidad”, *op. cit.*, pág. 107.

carácter anómalo se sitúa la atención sanitaria prestada por las Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social mediante empresas sanitarias privadas⁷⁷.

La presión hacia una provisión privada de la asistencia sanitaria, ante el deterioro del servicio público, supone una mercantilización de la protección de la salud⁷⁸ y apunta a una cuestión esencial como es el modelo de Estado y el tipo de sociedad al que se aspira⁷⁹. Más concretamente, se plantea la opción entre un modelo de remercantilización de la protección de la salud, adquiriendo la asistencia sanitaria en el mercado privado, o un modelo de aseguramiento sanitario público, que responda a valores de solidaridad, equidad, justicia social y derecho a la salud. No cabe duda de que el debate público-privado en la sanidad española tiene un claro componentes ideológico y de intereses económicos, pero no se debe obviar la existencia de verdaderos problemas en la atención sanitaria pública en nuestro país (tanto en la atención primaria como en la atención hospitalaria)⁸⁰.

En el marco de este permanente debate, el “Proyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud” (BOCG. Congreso de los Diputados 24 de junio de 2022) se propone modificar la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, para blindar el sistema público de salud de nuestro país, estableciendo como modelo de gestión del SNS la gestión directa. De esta forma se pretende garantizar que la gestión de las estructuras y servicios públicos que integran el Sistema Nacional de Salud se lleve a cabo de manera directa por centros cuya titularidad es totalmente pública, sea la administración pública

⁷⁷ Vid. Fernández Ramírez, M.: “La prestación de asistencia sanitaria por parte de Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social y por las empresas sanitarias”, en Monereo Pérez, Rivas Vallejo, Moreno Vida, Vila Tierno y Álvarez Cortés (Dirs.): *Salud y asistencia sanitaria en España en tiempos de pandemia COVID-19*, Thomson Reuters Aranzadi, Navarra, 2021, págs. 831 y sigs.

⁷⁸ Vid. MONEREO PÉREZ, J.L. y GUINDO MORALES, S.: “La financiación del sistema sanitario. Presente y futuro”, en Monereo Pérez, Rivas Vallejo, Moreno Vida, Vila Tierno y Álvarez Cortés (Dirs.): *Salud y asistencia sanitaria en España en tiempos de pandemia COVID-19*, Thomson Reuters Aranzadi, Navarra, 2021, págs. 469 y sigs.

⁷⁹ Como señala VIDA FERNÁNDEZ, pág. 8, “el debate sobre lo público y lo privado apunta a una de las cuestiones esenciales de las democracias europeas como es la definición del modelo de Estado y, por consiguiente, del tipo de sociedad a la que se aspira. Más allá de una cuestión técnica, la delimitación entre lo público y lo privado implica (...) establecer los límites del Estado frente al mercado, y, en última instancia, concretar cuál debe ser el equilibrio entre igualdad y libertad”. “Esto tiene especial trascendencia para la definición de servicios públicos como la educación, la sanidad o los seguros sociales, ya que se trata de configurarlos como unos servicios fuertes y socialmente transversales en cuanto instrumentos de transformación social, o si bien, de convertirlos en una red asistencial marginal para necesitados cumpliendo lo que afirmaba Olof Palme de que «un servicio para pobres será siempre un pobre servicio»”; cfr. Vida Fernández, J.: “Público y privado: De nuevo sobre el papel del Estado”, en *Revista Tiempo de Paz*, núm. 142, otoño 2021 (Número especial coordinado por J. Vida Fernández), pág. 17 [<https://revistatiempodepaz.org/revista-142/>].

⁸⁰ DÍAZ PÉREZ, C.: “Desigualdades en el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria”, *Derecho y Salud*, volumen 25, núm.1, enero-junio 2015, Pág. 71, destaca la doble cobertura sanitaria en las clases sociales altas: “Los seguros privados de asistencia sanitaria han aumentado notablemente en España en los últimos años, sobre todo, en las clases altas. Tener un seguro privado de salud en una mutua o sociedad privada permite disponer de servicios como un acceso a los profesionales sanitarios más rápido, así como disponer de algunas prestaciones no cubiertas por la sanidad pública y ello implica un aumento de las desigualdades en la utilización de servicios sanitarios no cubiertos por la sanidad pública. En el 2006 el porcentaje de población que tenía doble cobertura sanitaria era un 23% en población de clases no manuales frente al 9% de las manuales”. Como señala Freire, “El aseguramiento del SNS español responde a estos valores y cubre gran parte de esos objetivos, pero: (1) su cobertura universal no es todavía derecho cívico ligado únicamente a la condición de ciudadanía o residencia e igual para todos, como evidencia el 4.5% de población con la cobertura sanitaria de las mutualidades de funcionarios; (2) las concesiones sanitarias ‘modelo Alzira’ al subcontratar el aseguramiento del SNS rompen la equidad e igualdad del aseguramiento público común; (3) su financiación pública es comparativamente baja del SNS, solo el 70.6% del gasto sanitario total, por lo que el gasto privado ha de cubrir un 30% de las necesidades sanitarias; (4) las demoras en la atención que provocan llevan a un elevado incremento de recurso al seguro médico privado (más del 34% en Cataluña y Madrid), poniendo en riesgo la sostenibilidad social de la sanidad pública. Por todo ello, es urgente impulsar reformas que fortalezcan el aseguramiento público del SNS por ser su componente fundamental”; cfr. FREIRE CAMPO, J.M.: “Público y privado en la sanidad”, *op. cit.*, pág. 111-112.

competente, o a través de entidades que integran el sector público institucional estatal, autonómico y local, o mediante la creación de consorcios creados por varias administraciones públicas o entidades integrantes del sector público institucional.

No obstante, las críticas por parte de los defensores de la sanidad pública ya se han producido al dejar la puerta abierta a cierta privatización, al admitirse en el Proyecto de Ley algunas excepciones que habilitan la gestión indirecta de las estructuras y servicios públicos sanitarios y sociosanitarios mediante conciertos o a través de cualesquiera de los contratos regulados en la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, así como de cualesquiera de las fórmulas de colaboración previstas en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, incluidos los consorcios sanitarios. Aunque se establece que esta gestión indirecta debe ser siempre excepcional y justificada, como mecanismo complementario y de apoyo y en ningún caso sustitutorio, lo cierto es que se habilita dicha gestión indirecta cuando no sea posible la prestación directa de los servicios públicos que integran el Sistema Nacional de Salud, y siempre que las administraciones públicas acrediten la utilización óptima de sus recursos sanitarios propios, la insuficiencia de medios propios para dar respuesta a los servicios y prestaciones y la necesidad de recurrir a fórmulas diferentes a la de gestión pública directa. La “excepcionalidad” tal y como se concreta en el Proyecto de Ley está lo suficientemente abierta como para que cualquier comunidad autónoma pueda seguir privatizando el sistema, ya que no está limitada a razones de “extraordinaria y urgente necesidad” ni tampoco se limita temporalmente. Tampoco se prevé una vía legal para la desprivatización en las autonomías que ya han llevado a cabo importantes medidas privatizadoras.

4.3. La falta de coordinación y cohesión territorial. Instrumentos legales para la coordinación, cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y su insuficiente desarrollo

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad define el SNS como el conjunto de los servicios de salud de la Administración del Estado y de los servicios de salud de las comunidades autónomas, integrando todas las funciones y prestaciones sanitarias que son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud (arts. 44 y 45).

La universalidad, la equidad y la cohesión del SNS son los principios en los que se sustenta nuestro sistema sanitario público y, como tal, se recogen en las normas sanitarias más relevantes como son: la misma Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud; y la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

El art. 1.2 LGS establece que “Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional” y conforme al art. 12 LGS “Los poderes públicos orientarán sus políticas de gasto sanitario en orden a corregir desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso a los Servicios Sanitarios Públicos en todo el territorio español, según lo dispuesto en los artículos 9.2 y 158.1 de la Constitución”.

Por su parte, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, tiene como objeto “establecer el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud” (art. 1). Entre los principios que informan esta ley (art. 2) se encuentran: a) La prestación de los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad efectiva y calidad, evitando especialmente toda discriminación entre mujeres y hombres en las actuaciones sanitarias. b) El aseguramiento universal y público por parte del Estado. c) La coordinación y la cooperación de las Administraciones públicas sanitarias para la superación de las desigualdades en salud, en los términos previstos en esta

ley y en la Ley General de Salud Pública. e) La financiación pública del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con el vigente sistema de financiación autonómica. g) La colaboración entre los servicios sanitarios públicos y privados en la prestación de servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud.

También la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, establece como principios generales en salud pública (art. 3): principio de equidad, principio de salud en todas las políticas, principio de pertinencia, principio de precaución, principio de evaluación, principio de transparencia, principio de integralidad y principio de seguridad. Respecto al primero, el principio de equidad implica que “Las políticas, planes y programas que tengan impacto en la salud de la población promoverán la disminución de las desigualdades sociales en salud e incorporarán acciones sobre sus condicionantes sociales, incluyendo objetivos específicos al respecto. Se considerará la equidad en todos los informes públicos que tengan un impacto significativo en la salud de la población. Igualmente, las actuaciones en materia de salud pública incorporarán la perspectiva de género y prestarán atención específica a las necesidades de las personas con discapacidad”.

Conforme a las previsiones constitucionales (arts. 41, 43 y 148.21 CE), la LGS estableció los principios y criterios para configurar el Sistema Nacional de Salud: “el carácter público y la universalidad y gratuidad del sistema; la definición de los derechos y deberes de ciudadanos y poderes públicos en este ámbito; la descentralización política de la sanidad; la integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud y su organización en áreas de salud, y el desarrollo de un nuevo modelo de atención primaria que ponía el énfasis en la integración en este nivel de las actividades asistenciales y de prevención, promoción y rehabilitación básica” (así se valora en la Exposición de Motivos de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003).

Al amparo de dichas previsiones constitucionales y de los respectivos estatutos de autonomía, todas las comunidades autónomas asumieron competencias en materia de sanidad (a través de un dilatado proceso de más de 15 años de duración), completándose este proceso con un modelo de financiación que se estableció mediante la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía (que integró la sanidad en el marco general de la financiación de las Comunidades Autónomas), sustituida posteriormente por la Ley 22/2009, de 18 de diciembre, por la que se regula el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía y se modifican determinadas normas tributarias.

Como órgano coordinador entre las comunidades autónomas (17 servicios de salud) y la Administración General del Estado, la ley creó el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud cuyo funcionamiento durante mucho tiempo ha sido bastante débil, habiéndose incrementado su actividad desde la pandemia del COVID-19, si bien con resultados irregulares. Como señalan Repullo Labrador e Infante Campos⁸¹, la “politización” sanitaria socavó rápidamente el funcionamiento del Consejo Interterritorial (lo que durante la gestión sanitaria de la pandemia del COVID-19, cuando la actuación del Consejo Interterritorial ha sido más visible para los ciudadanos, se ha puesto de manifiesto muy claramente).

⁸¹ REPULLO LABRADOR, J.R. e INFANTE CAMPOS, A.: “La cohesión del Sistema Nacional de Salud y su sostenibilidad: en el aniversario de una ley que buscó de forma tardía e insuficiente gobernar un sistema descentralizado”, *Revista Derecho y Salud*, Vol. 23, número Extraordinario dedicado al XXII Congreso 2013, pág. 89. Los autores ponen de manifiesto que “Esta “politización” sanitaria de base autonómica (y en menor medida local) se extendió al plano del funcionamiento cotidiano del SNS y socavó rápidamente el funcionamiento del Consejo Inter-Territorial. Es decir, se produjo una doble politización: hacia abajo (en la toma de decisiones de gestión al interior de las CCAA) y hacia arriba (entre el Ministerio y las Consejerías, sobre todo las de signo político distinto)”.

Si bien es razonable pensar que la asunción de competencias por las comunidades autónomas constituye un medio para aproximar la gestión de la asistencia sanitaria al ciudadano, los objetivos de equidad, calidad y cohesión del Sistema de Salud se han visto afectados de modo importante por la existencia de desequilibrios territoriales, de decisiones derivadas de diferentes opciones políticas (en el ámbito de cada una de las Comunidades Autónomas y en el propio ámbito estatal, en muchas ocasiones confrontadas) y por la falta de funcionamiento de los mecanismos de coordinación previstos, así como la ausencia de una coordinación ejecutiva por los sucesivos Gobiernos. Como se ha señalado⁸², el “riesgo de fragmentación y falta de uniformidad que planteaba el modelo sanitario público descentralizado fue evidente desde el comienzo de su andadura”. De ahí que la propia LGS estableciera una “Coordinación General Sanitaria” como herramienta para conseguir la armonización y la coherencia de todo el sistema (arts. 70 a 77 LGS), fijando una serie de criterios y fines comunes, creando el Consejo Interterritorial de Salud y contemplando la existencia de “Planes de salud conjuntos” entre el Estado y las Comunidades Autónomas (arts. 70 y 71 LGS). No obstante, todos estos mecanismos han adolecido de muchas deficiencias y no han conseguido superar los desequilibrios y desigualdades sanitarias en nuestro país.

La experiencia y la práctica de las relaciones entre el Estado y las comunidades autónomas desde 1986, el débil funcionamiento de los mecanismos de coordinación previstos en la Ley General de Sanidad y los importantes cambios tecnológicos y socioeconómicos producidos llevó a la aprobación, dieciséis años después, de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, cuyo objetivo fundamental fue (como proclama el art. 1 de esta Ley) “establecer el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud” (objetivo aplicable tanto a los servicios sanitarios de financiación pública como a los privados).

Para la aprobación de dicha Ley se pretendió realizar un diagnóstico sobre las virtudes y carencias del SNS con la finalidad de abordar sectorialmente el necesario perfeccionamiento de las relaciones entre las distintas Administraciones implicadas, de manera que el Sistema Nacional de Salud “mantenga una identidad común y responda a los principios constitucionales de unidad, autonomía y solidaridad en los que se fundamenta dicho Estado autonómico” (Exposición de Motivos de la Ley). Al mismo tiempo, la Ley de Cohesión y Calidad de 2003 buscaba hacer frente a “los nuevos retos planteados para la organización del Sistema Nacional de Salud, como son la orientación a los resultados en salud, la potenciación del papel de los usuarios como decisores, la implicación de los profesionales en las reformas administrativas, las actuaciones clínicas y la toma de decisiones basadas en la evidencia científica, así como la búsqueda de mecanismos de integración en la atención sanitaria y la sociosanitaria” (Exposición de Motivos), para lo que era necesario un funcionamiento cohesionado del Estado y de las comunidades autónomas para complementar algunos elementos esenciales del Sistema Nacional de Salud, de manera que pudiera adaptarse a la modernización exigida. Con la finalidad última de garantizar un servicio sanitario público de calidad y en condiciones de igualdad efectiva en el acceso al mismo, con independencia del lugar de residencia, la Ley de Cohesión y Calidad de 2003 estableció nuevos instrumentos y reforzó los ya existentes.

La Ley se ocupa de definir los ámbitos en los que se establecen las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias: las prestaciones del Sistema Nacional de Salud; la farmacia; los profesionales sanitarios; la investigación; el sistema de información sanitaria, y la calidad del sistema sanitario. Se reconoce en

⁸² *Vid.* DÍAZ AZNARTE, M.T.: “El Sistema Nacional de Salud y las carteras de servicios común y complementarias. Una visión crítica de la descentralización territorial en materia de asistencia sanitaria”, en Moreno Vida, M.N. y Díaz Aznarte, M.T. (Dirs.): *La protección social de la salud en el marco del estado del bienestar. Una visión nacional y europea*, Comares, 2019, pág. 121.

la Ley que en estos ámbitos es precisa la colaboración entre el Estado y las comunidades autónomas, definiendo un núcleo común de actuación del Sistema Nacional de Salud y de los servicios de salud que lo integran (para garantizar al ciudadano que los servicios públicos sanitarios respondan a unas garantías básicas y comunes), pero sin interferir en la diversidad de fórmulas organizativas, de gestión y de prestación de servicios que se considera consustancial con un Estado descentralizado.

Las principales acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias previstas en la Ley de Cohesión y Calidad se articulan en torno a varios instrumentos:

-Las Carteras de Servicios (arts. 7 y sigs.):

La garantía de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud constituye uno de los principales objetivos de la ley, que lleva a cabo una ordenación de las mismas. Se define el catálogo de prestaciones como el conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción de la salud dirigidos a los ciudadanos, que comprende las prestaciones de salud pública, atención primaria y especializada, sociosanitaria, urgencias, farmacia, ortoprótesis, productos dietéticos y transporte sanitario.

Todas las prestaciones incluidas en el catálogo se hacen efectivas a través de un conjunto de técnicas, tecnologías y procedimientos que integran la cartera de servicios, con carácter dinámico que permita su actualización y la incorporación de otras nuevas previa evaluación y aprobación por el Ministerio de Sanidad, con informe previo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. La distinción entre la Cartera Común de servicios del SNS (con tres modalidades: cartera común básica de servicios asistenciales; cartera común suplementaria; y cartera común de servicios accesorios) y la Cartera de servicios complementaria de las comunidades autónomas pretende garantizar la cohesión del sistema de forma compatible con las competencias sanitarias autonómicas. Por ello, se establece que las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios que incluirán, cuando menos, la cartera común de servicios del SNS en sus modalidades básica de servicios asistenciales, suplementaria y de servicios accesorios, garantizándose a todos los usuarios del mismo, incorporando a partir de ahí (y con los recursos adicionales necesarios) técnicas, tecnologías o procedimientos no contemplados en la cartera común de servicios del SNS.

Delimitado el catálogo de prestaciones, la Ley de Cohesión y Calidad regula las garantías de accesibilidad, movilidad, tiempo, información, seguridad y calidad en el acceso a las prestaciones. En este sentido, la regulación legal de las garantías de las prestaciones constituye un aspecto esencial para que el derecho a la protección de la salud sea realmente efectivo. Y en este ámbito se debe destacar que las garantías de seguridad y calidad de las prestaciones se extienden, más allá del ámbito estricto del Sistema Nacional de Salud, a la totalidad del sistema sanitario, incluidos, por tanto, los centros y servicios privados.

-Los Centros de Referencia (art. 28):

La Ley de Cohesión y Calidad prevé la existencia de servicios de referencia, con un enfoque de planificación de conjunto, para la atención de aquellas patologías que precisen para su atención de alta especialización profesional o elevada complejidad tecnológica, o cuando el número de casos a tratar no sea elevado y pueda resultar aconsejable, en consecuencia, la concentración de los recursos diagnósticos y terapéuticos, a fin de garantizar la calidad, la seguridad y la eficiencia asistenciales. La designación de estos servicios de referencia se acordará en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que deberán ser acreditados por el Ministerio de Sanidad y se financiarán con cargo al Fondo de cohesión sanitaria.

-La regulación de “Planes Integrales” (arts. 64 y sigs.):

En la Ley se regulan también, como mecanismos de cooperación y coordinación en la organización de la asistencia sanitaria, los Planes Integrales de salud sobre las patologías más prevalentes, relevantes o que supongan una especial carga sociofamiliar, garantizando una atención sanitaria integral, que comprenda su prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Serán elaborados conjuntamente por el Ministerio de Sanidad y los órganos competentes de las comunidades autónomas y establecerán criterios sobre la forma de organizar servicios para atender las patologías prevalentes de manera integral en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, y determinarán estándares mínimos y modelos básicos de atención, especificando actuaciones de efectividad reconocida, herramientas de evaluación e indicadores de actividad.

En la práctica, como han destacado Repullo Labrador e Infante Campos⁸³, estos planes se han convertido en “Estrategias de Salud”, sin carácter normativo, ya que en muchos casos los estándares propuestos podían implicar cambios organizativos y gastos importantes y se ha pretendido evitar la confrontación entre las distintas Comunidades Autónomas y entre éstas y el Gobierno y garantizar una amplia participación de los gobiernos autonómicos.

Para 2022, la LPGE (Ley 22/2021, de 28 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2022) mantiene, dentro de la financiación estatal de las políticas sanitarias (6.606 millones de euros), la dotación (7 millones de euros) a las Estrategias de Salud destinadas a actuaciones para hacer frente a enfermedades raras, enfermedades neurodegenerativas y vigilancia de la salud, así como la mejora de los Sistemas de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud y Programas de prevención y control del Sida y otras ITS.

-El Consejo Interterritorial (arts. 69 y sigs.):

El órgano básico de cohesión es el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, creado inicialmente por la LGS y al que la Ley de Cohesión y Calidad pretendió dotar de mayor agilidad en la toma de decisiones y de mecanismos para la búsqueda de consensos, así como para la vinculación entre las partes en la asunción de estas decisiones, con resultados, sin embargo, muy escasos.

Se configura como un órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud entre ellos y con la Administración del Estado, que tiene como finalidad promover la cohesión del SNS a través de la garantía efectiva y equitativa de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado.

La Ley establece las distintas funciones de este órgano, si bien la mayor parte de ellas se encuentran diseminadas a lo largo del articulado de la ley y en otras disposiciones legales y reglamentarias. Como instrumentos para reforzar la coordinación se prevé que, en el seno del Consejo, se adopten acuerdos de cooperación sanitaria en diversos ámbitos y la creación de un Consejo de Directores del Consejo, en el que se integrarán los Directores de los Servicios de Salud, cuyo cometido principal será el apoyo al Consejo y la discusión previa de los asuntos que deban someterse a su consideración.

-La “Alta Inspección” (arts. 76 y sigs.):

Junto al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se sitúa la Alta Inspección, a la que se atribuye, entre otras funciones, el seguimiento de los acuerdos de aquél. Su regulación es análogo al previsto en el derogado art. 43 de la Ley General de Sanidad, si bien se sistematizan mejor sus funciones y se incorporan algunas otras correspondientes al Estado y que no se recogían anteriormente.

⁸³ REPULLO LABRADOR, J.R. e INFANTE CAMPOS, A.: “La cohesión del Sistema Nacional de Salud y su sostenibilidad: en el aniversario de una ley que buscó de forma tardía e insuficiente gobernar un sistema descentralizado”, op.cit., pág. 86.

El art. 76 LCCSNS atribuye al Estado el ejercicio de la Alta Inspección como “función de garantía y verificación del cumplimiento de las competencias estatales y de las comunidades autónomas en materia de sanidad y de atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con lo establecido en la Constitución, en los estatutos de autonomía y en las leyes”. De esta forma, corresponde a la Alta Inspección supervisar la adecuación entre los planes y programas sanitarios de las comunidades autónomas y los objetivos de carácter general establecidos por el Estado; la evaluación del cumplimiento de los fines y objetivos comunes y de las dificultades o deficiencias genéricas o estructurales que impidan alcanzar o distorsionen el funcionamiento de un sistema sanitario coherente, armónico y solidario; la supervisión del destino y utilización de los fondos y subvenciones propios del Estado asignados a las comunidades autónomas conforme a la finalidad determinada para los mismos y de acuerdo con los principios generales de la ley; y la verificación de la inexistencia de cualquier tipo de discriminación en la prestación de los servicios sanitarios y en los procedimientos de selección y provisión de puestos de trabajo, así como del cumplimiento de la exigencia de participación democrática de los interesados en el ejercicio de las competencias en materia de sanidad.

Se prevé un sistema de advertencia y requerimiento al órgano competente de la comunidad autónoma en materia sanitaria cuando, como consecuencia del ejercicio de las funciones de Alta Inspección, se comprueben incumplimientos por parte de la comunidad autónoma. Pero si, una vez efectuado el requerimiento para que adopte las medidas oportunas, se comprobase que persiste la situación de incumplimiento, las decisiones que puede adoptar el Gobierno no aparecen concretadas en la Ley, lo que supone una debilidad importante en el funcionamiento de la Alta Inspección. De hecho, durante la pandemia de la COVID-19 algunas voces han reclamado un reforzamiento de la Alta Inspección para mejorar la coordinación con las comunidades autónomas (especialmente ante la situación de enfrentamiento -o incluso “rebeldía”- de algunas comunidades autónomas -muy en particular Madrid- respecto de las medidas adoptadas en el Consejo Interterritorial).

-El “Fondo de Cohesión” (Disposición Adicional 5ª).

La Disposición adicional quinta LCCSNS crea un Fondo de cohesión que tiene por finalidad “garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español y la atención a ciudadanos desplazados procedentes de países de la Unión Europea o de países con los que España tenga suscritos convenios de asistencia sanitaria recíproca”.

Conforme se establece en esta disposición, a través de este Fondo, el Estado realizará políticas que aseguren la cohesión sanitaria y la corrección de desigualdades, mediante planes integrales de salud que tendrán en cuenta las variables epidemiológicas y sociales que supongan una mayor necesidad de servicio, tales como patologías crónicas, morbilidad estandarizada por edad, población infantil, población inmigrante y otras de carácter similar⁸⁴.

El RD 1207/2006, de 20 de octubre, reguló la gestión del Fondo de cohesión sanitaria (cinco años después de su creación). Esta norma contempla que dicho Fondo compensará la asistencia sanitaria prestada a aquellos pacientes residentes en España que se deriven a una comunidad autónoma distinta de aquella en la que tienen su residencia habitual, para ser atendidos en los centros, servicios y unidades designados como de referencia (CSUR) por el Ministerio de Sanidad. Dicho real decreto establece que serán incorporadas como anexo al mismo las patologías, técnicas, tecnologías y procedimientos atendidos por los CSUR que hayan de ser objeto de compensación con cargo al

⁸⁴ En esa línea, por ejemplo, el RD 2198/2004, de 25 de noviembre, por el que se determinan los colectivos a los que se dirigen las políticas de cohesión a efectos de su financiación por el Fondo de cohesión sanitaria durante el ejercicio 2004, estableció como colectivos a los que se dirige la financiación de políticas de cohesión los profesionales sanitarios y profesionales de instituciones educativas, para la prevención del tabaquismo y la promoción de estilos de vida sin tabaco, y las personas con diabetes, para la prevención de la diabetes mediante el desarrollo de actuaciones de apoyo a la prevención primaria y secundaria de la diabetes.

FCS, recogiénose en cada caso la cuantía del coste financiado. Asimismo, señala que las patologías, técnicas, tecnologías y procedimientos objeto de financiación por el FCS habrán de ser revisados y actualizados con la periodicidad adecuada para recoger los atendidos en los CSUR designados de acuerdo con sus normas reguladoras.

Tras quince años sin haber sido apenas modificado⁸⁵, la Orden SND/1505/2021, de 21 de diciembre, actualizó los anexos I, II y III del RD 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria, incorporando nuevas patologías, técnicas, tecnologías y procedimientos acordados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Para ello, se designarán los correspondientes CSUR (centros, servicios o unidades de referencia). Además, incluye los costes actualizados de los procesos de ingreso hospitalario, los procedimientos ambulatorios y las patologías que se atienden en los centros del SNS. Para 2022, la LPGE (Ley 22/2021, de 28 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2022) mantiene la financiación del Estado relativa al Fondo de Cohesión Sanitaria, al igual que en 2021, con 34 millones de euros.

-Además, se configuran también otros órganos especializados para establecer un verdadero sistema de información sanitaria, que se considera esencial para el funcionamiento cohesionado y con garantías de calidad del Sistema Nacional de Salud, y para tomar aquellas decisiones que corresponde asumir conjuntamente al Estado y a las comunidades autónomas: la Agencia de Evaluación de Tecnologías, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, la Comisión de Recursos Humanos, la Comisión Asesora de Investigación en Salud, el Instituto de Salud Carlos III, el Instituto de Información Sanitaria, la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud y el Observatorio del Sistema Nacional de Salud. El capítulo VI de la LCCSNS concreta los elementos que configuran la que se denomina infraestructura de la calidad: normas de calidad y seguridad, indicadores, guías de práctica clínica y registros de buenas prácticas y de acontecimientos adversos. Todos ellos deben estar presididos por el principio de que la mejora de la calidad del sistema sanitario en su conjunto debe presidir las actuaciones de las instituciones sanitarias públicas y privadas.

El objetivo de todos estos instrumentos es garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud: garantizar el acceso a las prestaciones y, por tanto, el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio y posibilitar la libre circulación de todos los ciudadanos (equidad); incorporar innovaciones seguras y efectivas, orientando los esfuerzos del sistema hacia la anticipación de los problemas de salud y soluciones eficaces para los mismos, evaluando el beneficio de las actuaciones clínicas e incorporando las que aporten un valor añadido (calidad); respetar la autonomía de las decisiones individuales y la consideración de las expectativas de los usuarios como colectivo (participación ciudadana).

-El Fondo de Garantía Asistencial

El artículo 3 del RD-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejora de la calidad y seguridad de sus prestaciones creó el Fondo de Garantía Asistencial (FOGA), con naturaleza extrapresupuestaria, destinado a la compensación entre las Comunidades Autónomas y el INGESA, en el caso de las ciudades de Ceuta y de Melilla, por las actuaciones que sus servicios de salud realicen en el marco de la aplicación de la cartera común básica de servicios asistenciales y de la suplementaria a las personas que gocen de la condición de titulares de derecho en el SNS en sus desplazamientos temporales y tiene por objeto garantizar la cohesión y equidad en el SNS. A pesar del tiempo transcurrido desde la entrada en vigor de dicha norma, el desarrollo reglamentario necesario no se ha producido ante la falta de consenso de las Comunidades Autónomas sobre el importe de las cuantías a liquidar (conforme a lo previsto en

⁸⁵ Se han aprobado, tras el correspondiente acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, algunas órdenes ministeriales (como la Orden SCB/1421/2018, de 27 de diciembre) para la incorporación y revisión de patologías, técnicas, tecnologías y procedimientos al anexo III del RD 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria.

dicho art. 3.5) y sobre que no se compensaran los gastos derivados de los ingresos hospitalarios en caso de estancias de corta duración o la atención en urgencias. Esta falta de desarrollo fue indicada por el Tribunal de Cuentas en el último Informe de fiscalización del sistema de compensación de los gastos por asistencia sanitaria gestionado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social del ejercicio 2017⁸⁶. Hasta el momento, por tanto, solo se ha aplicado la compensación de manera parcial, compensando la asistencia de atención primaria y la prestación farmacéutica dispensada mediante receta oficial en las oficinas de farmacia, sin considerar el tiempo del desplazamiento ni otros tipos de asistencia ni de prestación farmacéutica, como la dispensación de medicamentos en centros sanitarios.

Actualmente, el “Proyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud” plantea la supresión del apartado 5 del artículo 3 para facilitar el consenso necesario para poder efectuar el desarrollo reglamentario que requiere la aplicación de este fondo con el objetivo de fortalecer la cohesión y equidad en el SNS.

4.4. La racionalización del gasto farmacéutico y la participación de los beneficiarios en el coste de la asistencia sanitaria (“copago”). Una quiebra de la igualdad en salud

En relación con el gasto farmacéutico, como destaca el prof. Lobo, “España se situaba, antes de la crisis, entre los países con mayor gasto público farmacéutico ‘per cápita’ del mundo, por encima de la media de la zona del euro y de países comparables como Reino Unido o los nórdicos y entonces también muy por encima de la media observada para la OCDE”; datos que “sugieren un amplio acceso de la población a los medicamentos”. Desde 2009 hasta 2013 dicho gasto cayó anualmente en

⁸⁶ Resolución de 17 de noviembre de 2020, aprobada por la Comisión Mixta para las Relaciones con el Tribunal de Cuentas, en relación con el Informe de fiscalización del sistema de compensación de los gastos por asistencia sanitaria gestionado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, ejercicio 2017. La Comisión Mixta para las Relaciones con el Tribunal de Cuentas, en su sesión del día 17 de noviembre de 2020, a la vista del Informe remitido por ese Alto Tribunal acerca del Informe de fiscalización del sistema de compensación de los gastos por asistencia sanitaria gestionado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, ejercicio 2017, acuerda: 1. Instar al Gobierno a:- Seguir las recomendaciones del Informe emitido por el Tribunal de Cuentas.- Dotar en los Presupuestos Generales del Estado para el año 2021 de una partida presupuestaria suficiente para compensar la actividad de los Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR). 2. Instar al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social a:- Impulsar, a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y en coordinación con las comunidades autónomas, una armonización legislativa en el ámbito de la atención sanitaria a pacientes en su condición de limitrofes entre comunidades autónomas ante la heterogeneidad de la normativa de ámbito autonómico existente en esta materia.- Seguir, en particular, las recomendaciones del Tribunal de Cuentas para la modificación de la normativa vigente con el fin de contribuir a la igualdad de acceso a los servicios del Sistema Nacional de Salud en toda España.- Impulsar la modificación de la normativa vigente con el fin de articular un mecanismo que, de forma efectiva, contribuya a la igualdad de acceso a la prestación sanitaria en toda España.- Impulsar junto a las comunidades autónomas la modificación de la normativa vigente con el fin de conseguir una norma legal que garantice la igualdad de acceso de todos los nacionales españoles a la prestación sanitaria en toda España.- Establecer los mecanismos jurídicos necesarios para que tanto los costes como los procesos, patologías, técnicas, tecnologías o procedimientos que han de ser financiados con cargo al Fondo de Cohesión Sanitaria puedan ser actualizados de un modo más ágil.- Encomendar un estudio de Análisis del Gasto Sanitario donde se recojan las actuaciones llevadas a cabo para la ejecución de los procesos contemplados en el Fondo de Cohesión Sanitaria que justifique los costes de los centros que atienden y realizan los servicios.- Modificar el artículo 3 del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, que facilite el acuerdo con las comunidades autónomas. 3. Instar a las Comunidades Autónomas a:- Elaborar, a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el desarrollo reglamentario de la gestión del Fondo de Garantía Asistencial con el fin de dar cobertura a todos los supuestos de asistencia previstos en el artículo 3.4 del Real Decreto-ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, entre ellos el relativo a la cobertura de la asistencia sanitaria entre comunidades autónomas en desplazamientos de larga duración

tasa promedio un 6,4% en términos reales; datos que “muestran que la reducción del gasto (público) en sanidad a resultas de la crisis se debe en parte a la reducción del gasto farmacéutico”⁸⁷.

En un interesante estudio, Gálvez Zaloña y Lamata Cotanda⁸⁸ señalan que los beneficios excesivos de la industria farmacéutica provienen de los servicios de salud (el gasto excesivo en medicamentos asciende en España a más de 8.000 millones de euros anuales y en la Unión Europea a más de 70.000 millones de euros anuales), lo que tiene como consecuencia, al ser los presupuestos de la sanidad limitados, que se disminuye la dotación presupuestaria para otros elementos del sistema, afectando de manera sensible al personal de los servicios de salud (en primer lugar), a los medios de apoyo y a la dotación y renovación de instrumentos técnicos e instalaciones. Además, ponen de manifiesto que los altos precios de los nuevos medicamentos (como los nuevos medicamento oncológicos, las terapias inmunológicas o los antivirales de acción directa -AADs- para la Hepatitis C, entre otros) provocan un importante aumento del gasto farmacéutico que tensiona los sistemas de salud, poniendo en riesgo su viabilidad y creando importantes barreras para que los pacientes puedan acceder a los medicamentos que necesitan y, por tanto, vulnerando el derecho humano a la atención sanitaria⁸⁹. Es, como señalan estos autores, un problema ético y de salud pública que requiere la adopción de medidas dirigidas a limitar esos precios excesivos y garantizar un acceso justo a los medicamentos y a la protección de la salud.

Se requiere, pues, una reforma de la regulación de medicamentos y productos sanitarios, para consolidar la prescripción por principio activo y modificar el sistema de precios de referencia, introduciendo elementos que incrementen la competencia. En este ámbito destacan tres medidas que deben ser mejoradas y potenciadas para racionalizar el gasto farmacéutico, sin que ello suponga limitar u obstaculizar el acceso de los ciudadanos a los medicamentos:

-Por una parte, la integración del concepto de eficiencia económica en las políticas de farmacia hospitalaria (que representa más del 30 por ciento del total), guiadas por la personalización y optimización de los tratamientos que garanticen la eficacia terapéutica⁹⁰. En muchas Comunidades Autónomas se han creado comités centralizados a nivel autonómico para la coordinación de las políticas de selección de medicamentos y de los tratamientos de alta complejidad (TAC) por parte de las Comisiones de Farmacia y Terapéutica -CFT- de los centros hospitalarios⁹¹. Existen todavía diferencias notables entre comunidades autónomas en materia de Farmacia hospitalaria derivadas de la existencia o no de comités de evaluación de medicamentos centralizados.

⁸⁷ Vid. FÉLIX LOBO: *La economía, la innovación y el futuro del Sistema Nacional de Salud*. Funcas, 2017, pp. 130-132.

⁸⁸ Vid. GÁLVEZ ZALOÑA, R. y LAMATA COTANDA, F.: “Monopolios y precios de los medicamentos: un problema ético y de salud pública. Algunas propuestas para impedir los precios excesivos y garantizar un acceso justo a los medicamentos”. *Laboratorio de Alternativas*. Documento de trabajo 202/2019. Fundación Alternativas, p. 9. <https://www.fundacionalternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/monopolios-y-precios-de-los-medicamentos-un-problema-etico-y-de-salud-publica>

⁸⁹ Como señalan GÁLVEZ ZALOÑA, R. y LAMATA COTANDA, F.: “Monopolios y precios de los medicamentos: un problema ético y de salud pública...”, *op. cit.*, pp. 55 y ss., el principal factor de ineficiencia en el gasto farmacéutico son los altos precios de los nuevos medicamentos cuando su coste de fabricación e I+D es muchísimo menor. “El caso de los antivirales de Acción Directa (AAD) para la Hepatitis C se mostró que los sistemas de salud están pagando (cuando pueden) más de 5.000, 10.000 o 20.000 euros por tratamiento (según los países), cuyo coste de fabricación e I+D sería de menos de 300 euros por tratamiento. Los nuevos medicamentos para tratar la Hepatitis C llamaron la atención por su impacto económico. Pero no solo son estos. Comprobamos cómo medicamentos contra el cáncer tienen precios de más de 100.000 euros por tratamiento anual, cuando el coste es menor de 300 euros por tratamiento; o tratamientos contra el VIH/sida, con precios de más de 7.000€ por tratamiento anual, cuestan en realidad menos de 100€ por tratamiento, etc.”.

⁹⁰ Vid. VIDA FERNÁNDEZ, J.: “Financiación pública y fijación del precio de los medicamentos”, en Faus Santasusana, J. y Vida Fernández, J. (Dirs.): *Tratado de derecho farmacéutico: estudio del régimen jurídico de los medicamentos*, Aranzadi Thomson Reuters, Navarra, 2017, págs. 931-1040

⁹¹ Así, por ejemplo, Decreto 25/2021, de 23 de marzo, por el que se crea y regula la Comisión Central de Farmacia y Terapéutica del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (DOCM de 31 de marzo de 2021).

Además, la realización de concursos centralizados para la compra directa de medicamentos por hospitales y distritos de atención primaria (aplicables a medicamentos no exclusivos, y, en algunos casos, a medicamentos exclusivos considerados alternativas terapéuticas equivalentes) permiten la disminución del precio de adquisición final a nivel de centro y la realización de estrategias de equivalencia terapéutica. Otras medidas que se han ido poniendo también en marcha son los acuerdos marco centrales de adjudicatario único, aplicables a medicamentos exclusivos considerados alternativas terapéuticas equivalentes, para todo el Servicio de Salud o el mecanismo -que ha planteado muchas polémicas- llevado a cabo en Andalucía de subasta de medicamentos.

-Por otro lado, aspectos que hoy se consideran esenciales como la mejora de la gestión clínica en la prescripción de medicamentos (mediante la prescripción por principio activo y la existencia de comités asesores centrales para el uso adecuado de los medicamentos); la mejora de la relación entre farmacia hospitalaria y farmacia comunitaria⁹²; y la potenciación de la prevención y la promoción de estilos de vida saludables mediante su integración real dentro de las políticas sanitarias frente a la excesiva medicalización.

Destacan las fórmulas de participación de los beneficiarios en el coste de la asistencia sanitaria en distintos casos o copago, especialmente en cuanto al gasto farmacéutico⁹³. Se ha señalado que determinadas medidas de contención del déficit relacionadas con el gasto farmacéutico como recortes de precios (por ejemplo, a través de la subasta de medicamentos o la compra de genéricos), la reorganización del copago y la exclusión de medicamentos escasamente eficaces pueden tener efectos positivos y ser útiles siempre que estén bien diseñadas. Sin embargo en algunas investigaciones se ha puesto de manifiesto que, si bien el copago redujo el consumo de medicamentos, se agrandó la inequidad del sistema sanitario aumentando el número de pacientes que no iniciaron los tratamientos prescritos o que los abandonaron después de haberlos iniciado como consecuencia del aumento del copago. Situación que afectó a las personas con rentas más bajas, pensionistas y enfermos crónicos⁹⁴. De ahí que se propugnen “fórmulas de copago reducido, que contribuya en alguna medida a regular la demanda no necesaria, con salvaguarda de los grupos vulnerables y evitando totalmente el abandono de tratamientos por causas económicas”⁹⁵, o se planteen otro tipo de medidas como financiar la

⁹² Como se indica en el Informe SESPAS 2022, “La seguridad clínica del paciente requiere sistemas ágiles de coordinación y que eviten la fragmentación del acceso a la medicación de ámbito hospitalario, entre la farmacia hospitalaria y la comunitaria, complementándose entre ellas y generando sinergias. La farmacia comunitaria ha sido poco aprovechada como recurso en red, capilar y accesible. La necesidad de colaboración y acceso a la información durante la pandemia sugiere la posibilidad de dotar de un marco legal u organizativo que tenga en cuenta la relación de la población con la farmacia de cabecera, contemplando conceptos como la autonomía del paciente, la longitudinalidad o la continuidad asistencial en atención domiciliaria, estrategias de salud pública y salud comunitaria, según el artículo 1 de la Ley 16/1997, de 25 de abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia³⁴ y detección de casos de COVID-19, con una coordinación sistematizada con atención primaria a través de e-receta”, Eduardo Satué de Velasco, Manuel Gayol Fernández, María Teresa Eyaralar Riera, Rosa Magallón Botaya, Francisco Abal Ferrer: “Impacto de la pandemia en la atención primaria”. *Informe SESPAS 2022, “La respuesta a la pandemia de la COVID-19. Lecciones aprendidas”*, Gac Sanit. 2022;36 Supl 1:S30-S35.

⁹³ Vid. VIDA FERNÁNDEZ, J.: “Financiación pública y fijación del precio de los medicamentos”, en Faus Santasusana, J. y Vida Fernández, J. (Coords.): *Tratado de derecho farmacéutico: estudio del régimen jurídico de los medicamentos*. Aranzadi Thomson Reuters, Pamplona 2017, pp. 931-1040

⁹⁴ Estas consecuencias se ponen de manifiesto en una investigación realizada por el grupo Prisma del Parc Sanitari Sant Joan de Déu publicado en marzo de 2018 en la Revista BMJ Quality & Safety. También una encuesta nacional del Barómetro sanitario de 2016 puso de manifiesto que el 4,4 % de la población de España aseguró haber dejado de tomar medicamentos recetados debido a que eran demasiado caros (Vid. Comisión Europea: *State of Health in the EU. España. Perfil sanitario del país 2017*, p. 10). Vid. también Amaadachou Kaddur, F.: “Aspectos jurídicos del copago sanitario”, en AESSS: *Los retos actuales de la asistencia sanitaria española en el contexto de la Unión Europea*, Edit. Laborum, Murcia, 2016, pp.711-718; Martín García, M.: *El copago sanitario. Resultados para el sistema sanitario y los pacientes*, undación Alternativas, Documento de trabajo 183/2014.

⁹⁵ Vid. FÉLIX LOBO: *La economía, la innovación y el futuro del Sistema Nacional de Salud*. Funcas, 2017, p. 290.

sanidad pública, incluyendo los medicamentos necesarios, con una fiscalidad progresiva para que no se tenga que pagar en el momento de utilizarla⁹⁶.

De forma que el establecimiento del copago en el acceso a las prestaciones sanitarias introduce un elemento importante de desigualdad en salud: representa un obstáculo y una discriminación para acceder a los servicios sanitarios y provoca una importante disminución en el estado de salud de las personas con menos ingresos o especialmente vulnerables, como los mayores, enfermos crónicos o desempleados. Tiene como consecuencia un empeoramiento de la salud y, al mismo tiempo, un incremento del gasto sanitario por el incremento de ingresos hospitalarios.

En la reforma planteada actualmente por el Gobierno de nuestro sistema de protección de la salud (“Proyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud”, de junio de 2022), uno de los objetivos declarados es evitar la incorporación de nuevos copagos sanitarios, eliminando la relación de financiación con el tipo de cartera, de tal forma que no puedan establecerse copagos sanitarios nuevos. Configurando la cartera común de servicios del SNS como un instrumento esencial para la equidad de la ciudadanía en el acceso a las prestaciones sanitarias basadas en la mejor evidencia científica disponible, el Proyecto de Reforma pretende recuperar la cartera común de servicios del SNS para unificar la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios, y establecer las garantías necesarias para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios, así como clarificar que las prestaciones de salud pública son prestaciones incluidas en la cartera común. Sin embargo, no se eliminan los copagos ya existentes.

El RD-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, modificó el artículo 8 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, y dividió la cartera común de servicios en tres modalidades, con dos consecuencias importantes: la cartera común se dividió según las prestaciones y se estableció la distinta modalidad de financiación de las mismas según la modalidad de cartera.

De esta forma, la cartera común básica de servicios asistenciales del SNS se financia de forma íntegra mediante fondos públicos, mientras que, para la cartera común suplementaria (que incluye las prestaciones farmacéutica, ortoprotésica, dietoterápica y el transporte sanitario no urgente) y la cartera común de servicios accesorios (que incluye las actividades, servicios o técnicas, sin carácter de prestación, que no se consideran esenciales y/o que son coadyuvantes o de apoyo para la mejora de una patología de carácter crónico), se establece que ambas estarán sujetas a la aportación del usuario (aportación que se regirá por las mismas normas que regulan la prestación farmacéutica). Así, por una parte se dividió la cartera común de servicios en modalidades sujetas al copago y modalidades exentas de copago, y, por otra parte, se abrió la posibilidad de establecer nuevos copagos, siguiendo las mismas reglas que los copagos farmacéuticos, en prestaciones en las que hasta ahora no estaban impuestos, tales como el transporte sanitario no urgente y los productos dietoterápicos (que nunca han tenido aportación del usuario⁹⁷) y los productos ortoprotésicos (respecto a los cuales, si bien actualmente la prestación ortoprotésica ambulatoria está sujeta a aportación, no se sigue el patrón definido para la prestación farmacéutica de medicamentos, sino que dicha aportación está definida según los importes establecidos en el anexo VI del RD 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para

⁹⁶ Vid. GÁLVEZ ZALOÑA, R. y LAMATA COTANDA, F.: “Monopolios y precios de los medicamentos: un problema ético y de salud pública...”, *op. cit.*, p. 49.

⁹⁷ Tras la aprobación del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, se elaboraron sendos proyectos de orden para establecer una aportación muy reducida en la prestación con productos dietéticos y en el transporte sanitario no urgente, pero finalmente se decidió no poner en marcha esta aportación, por lo que nunca se llegaron a aprobar dichas órdenes.

su actualización, de acuerdo con el tipo de producto, oscilando entre los 12 y 36 euros en el caso de ortesis y ortoprótesis especiales y los cero euros en prótesis externas y sillas de ruedas).

Es cierto que los colectivos exentos de la aportación farmacéutica han aumentado en los dos últimos años, con el objetivo de eliminar las barreras económicas que supone el copago para el acceso a los medicamentos: afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica; personas perceptoras de rentas de integración social; personas perceptoras de pensiones no contributivas; parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación; personas con tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional; personas beneficiarias del ingreso mínimo vital; personas menores de edad con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33 %; personas perceptoras de la prestación económica de la Seguridad Social por hijo o menor a cargo en régimen de acogimiento familiar permanente o guarda con fines de adopción; pensionistas de la Seguridad Social, cuya renta anual sea inferior a 5.635 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, y los que, en el caso de no estar obligados a presentar dicha declaración, perciban una renta anual inferior a 11.200 euros (art. 102.8 del texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado por RD-legislativo 1/2015, de 24 de julio).

Pero la posibilidad de establecer estos nuevos copagos supondría un incremento de las cargas financieras de los beneficiarios y sus familias, aumentando las desigualdades sociales en salud actuales al no poder ser asumidos por parte de la población, en especial por la población en riesgo de pobreza o exclusión social que, además, ha sido duramente afectada por la situación vivida en la pandemia de la COVID-19.

Con el objetivo de establecer las garantías necesarias para que no puedan introducirse copagos sanitarios nuevos, se propone en la reforma proyectada, una modificación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, para modificar el artículo 8 y suprimir los artículos 8 bis, 8 ter y 8 quáter que introdujo el RD-ley 16/2012, de 20 de mayo, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Con ello se pretende:

- 1) Reestablecer la cartera común de servicios del SNS, unificando la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios, tal y como estaba hasta la modificación introducida por el RD-ley 16/2012, de 20 de mayo. Se define de esta manera una única cartera cuya provisión estará cubierta de forma completa por financiación pública, manteniendo la aportación en los supuestos de la prestación farmacéutica, la prestación ortoprotésica y las prestaciones de servicios accesorios, que estarán sujetas a aportación por parte del usuario y se regirán por su normativa específica.
- 2) Evitar la incorporación de nuevos copagos sanitarios, eliminando la relación de financiación con el tipo de cartera, de tal forma que no puedan establecerse copagos sanitarios nuevos.
- 3) No se persigue, sin embargo, eliminar la cartera complementaria de las comunidades autónomas.
- 4) Asimismo, se redefine la cartera para incluir y visualizar, de forma inequívoca, que las prestaciones de salud pública forman parte de la cartera común de servicios del SNS y que deben prestarse en un marco conjunto y coordinado para la mejora de la salud de la población.
- 5) Por otro lado, se concreta, dentro de la prestación de atención especializada, “la medicina de precisión, personalizada, predictiva, preventiva, participativa y

poblacional, que está centrada en las características de cada paciente” para adaptar de una manera más individualizada el diagnóstico y las medidas terapéuticas o preventivas.

4.5. La debilidad de la prevención en el ámbito de la Salud pública. La nueva Agencia Estatal de Salud Pública y la integración de la salud en todas las políticas

Desde hace tiempo se viene poniendo de manifiesto la necesidad de reforzar los servicios de epidemiología ante los riesgos de nuevas epidemias contagiosas debidas al cambio climático y la globalización (Gripe A, Ebola, SARS, ZICA, Coronavirus...), tanto a nivel nacional (desarrollando plenamente la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública) como internacional, conforme al Reglamento Sanitario Internacional de 2005 adoptado en la OMS⁹⁸. Se debe, por tanto, reforzar la coordinación y la cooperación multilateral a nivel mundial, europeo y nacional y el fortalecimiento de organismos internacionales, como la OMS o, en la Unión Europea, la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) y el Centro Europeo de Control de Enfermedades (ECDC), para desarrollar criterios de acción comunes.

Es necesario prepararse ante futuras pandemias estableciendo reservas estratégicas para asegurar la disponibilidad de equipamientos y suministros, mediante acuerdos de adquisición anticipada. Las necesidades puestas de manifiesto durante la pandemia de la COVID-19 ha hecho que a lo largo de 2020-2021 se haya gestionado la necesidad de suministros y equipamientos sanitarios mediante la cooperación entre el Estado y las CCAA, a través de un Acuerdo Marco para la adquisición de material sanitario y equipos de protección individual, realizado a través del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) como órgano de contratación. También a nivel de la Unión Europea, que puso en marcha la capacidad estratégica *rescEU* (como una reserva europea común de equipos médicos de emergencia con respiradores, mascarillas de protección y material de laboratorio y de vacunas, mediante Acuerdos Avanzados de Compra), para ayudar a los países de la UE a hacer frente a la pandemia de coronavirus y cuya distribución es gestionada por el Centro de Coordinación de la Respuesta a Emergencias del Ministerio de Sanidad. Esto ha ido acompañado, con mucha dificultad y no demasiados resultados, por una actuación internacional, puesta en marcha a través de la iniciativa Covax Facility, liderada por la OMS y por GAVI⁹⁹.

Se ha puesto de manifiesto, así, la necesidad de poner en marcha una Industria Sanitaria Pública que acabe con la dependencia de otros países. Se debe plantear la fabricación de medicamentos en industrias sin ánimo de lucro o en empresas públicas y debe considerarse de interés estratégico el desarrollo de infraestructuras para fabricación pública y/o sin ánimo de lucro de medicamentos,

⁹⁸ El actual *Reglamento Sanitario Internacional* (RSI) se adoptó en la 58ª Asamblea Mundial de la Salud (OMS) celebrada el 23 de mayo de 2005 y entró en vigor el 15 de junio de 2007 y es un instrumento jurídico de carácter vinculante para todos los Estados Miembros de la OMS. Tiene por finalidad ayudar a la comunidad internacional a prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública, evitando al mismo tiempo, las interferencias necesarias con el tráfico y el comercio internacionales. El Reglamento vigente supuso un cambio de paradigma respecto al anterior (de 1951) al plantear que el control de las emergencias y los riesgos para la salud pública deben realizarse en su origen, a diferencia del planteamiento previo que se centraba en el control en fronteras.

Vid. MARTÍNEZ OLMOS, J.: “Los desafíos de la gestión de una pandemia en un contexto multinacional. El caso de la Covid-19”, *OPEX. Observatorio de Política Exterior Española*. Documento de Trabajo Opex N° 106/2020. Fundación Alternativas y Ministerio de Defensa, 2020; Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública: “Propuestas urgentes para la Sanidad Pública tras la pandemia”. *Salud 2000. Política Sanitaria* n° 158, Junio 2020, pp. 23 y ss.

⁹⁹ MARTÍNEZ OLMOS, J.: “Los desafíos de la gestión de una pandemia en un contexto multinacional. El caso de la Covid-19”, *OPEX. Observatorio de Política Exterior Española*. Documento de Trabajo Opex N° 106/2020. Fundación Alternativas y Ministerio de Defensa, 2020, pp. 31 y ss.

“de manera que los países no se vean ‘secuestrados’ en momentos críticos como las epidemias”¹⁰⁰. Además, se debe favorecer la investigación sanitaria pública, destinando un porcentaje del presupuesto sanitario público a la investigación dentro del sistema público, acabando o limitando las plataformas público-privadas controladas por la industria farmacéutica y tecnológica y por fondos de inversión, que utilizan fondos, recursos y pacientes del sistema público para investigación generando patentes en su exclusivo beneficio¹⁰¹ (como se ha visto en la pandemia de la COVID-19 en relación con las vacunas contra el virus).

Pero especialmente se deben reforzar las capacidades de salud pública y de los sistemas de protección de la salud. Para ello es necesario, por una parte, abandonar el “modelo gerencialista”, que pone el punto de mira en el economicismo y la supuesta eficiencia del control financiero en los sistemas públicos sanitarios. Por otra parte, también es necesario cambiar el “modelo biomédico” (que promueve la investigación y las tecnologías sanitarias como fuentes de negocio) por un “modelo biopsicosocial” que atienda las necesidades sanitarias de las personas en su entorno social¹⁰².

En esa línea, se plantea la necesidad de hacer efectiva la prevención en el ámbito de la Salud Pública (mediante el adecuado desarrollo de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública y las Leyes de Salud Públicas de las distintas Comunidades Autónomas), pero sin que el papel central otorgado a la prevención en una perspectiva clínica individual y medicalizada desplace la atención médica en el marco de “intervenciones alternativas sociales y de comportamiento que tienen el potencial de lograr mayores mejoras en la salud de la población”¹⁰³. El 23 de agosto de 2022 el Consejo de Ministro aprobó el anteproyecto de Ley por el que se crea la Agencia Estatal de Salud Pública (Aesap), prevista ya en la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, cuya primera misión será la vigilancia en salud pública en un sentido más amplio al actual, con el seguimiento de las enfermedades transmisibles y la vigilancia de otras no transmisibles, como cáncer, diabetes, enfermedades crónicas y determinantes sociales.

La Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, diseñó un sistema integral de salud pública asentado en tres elementos clave: una Estrategia Nacional de Salud Pública, un Sistema de Vigilancia en Salud Pública y un Centro Estatal de Salud Pública. En su artículo 47 (*Título III, La planificación y coordinación de la salud Pública*), se prevé la creación de dicho centro estatal, adscrito al Ministerio de Sanidad, cuyos objetivos, en el ámbito de la salud pública son: el asesoramiento técnico y científico; la evaluación de las intervenciones; el seguimiento y evaluación de la Estrategia de Salud Pública; y la coordinación de las acciones desarrolladas por los centros nacionales de salud pública.

Hasta ahora, el sistema de salud pública se ha sustentado sobre tres ejes: el Centro Estatal de Salud Pública (CESP), la Estrategia de Salud Pública y la Red de Vigilancia en Salud Pública. La experiencia acumulada por la pandemia de COVID-19 ha constatado, tanto a nivel internacional como en nuestro país, la necesidad de generar unas estructuras organizativas y operativas más ágiles, autónomas y eficaces, que sean capaces de hacer frente a los nuevos riesgos y amenazas para la salud pública que puedan surgir en el futuro. De ahí que el pleno de la Comisión de Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados aprobara el 29 de julio de 2020 las conclusiones para la reconstrucción en el área de sanidad, entre las cuales señalaba que, para mejorar la gobernanza del Sistema Nacional de Salud y fomentar mecanismos de cooperación entre los servicios asistenciales y

¹⁰⁰ Vid. GÁLVEZ ZALOÑA, R. y LAMATA COTANDA, F.: “Monopolios y precios de los medicamentos: un problema ético y de salud pública...”, *op. cit.* p. 44.

¹⁰¹ Vid. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública: “Propuestas urgentes para la Sanidad Pública tras la pandemia”. *Salud 2000. Política Sanitaria* nº 158, Junio 2020, pp. 23 y ss.

¹⁰² Vid. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública: “Propuestas urgentes para la Sanidad Pública tras la pandemia”. *Salud 2000. Política Sanitaria* nº 158, Junio 2020, pp. 23 y ss.

¹⁰³ Vid. PADILLA BERNÁLDEZ, J.: “Prevención: ¿aún podemos ser amigos?”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2019; 39(135): 159-175. <https://www.revistaen.es/index.php/aen>.

de salud pública de las comunidades autónomas, se debería crear un Centro Estatal de Salud Pública y Calidad Asistencial “estudiándose la fórmula jurídica más adecuada, incluida la posibilidad de una agencia”. Asimismo, la vigente Estrategia de Seguridad Nacional, aprobada por RD 1150/2021, de 28 de diciembre, contempla específicamente en su primer eje de actuación, que la lucha contra las epidemias y pandemias demanda la modernización del sistema de vigilancia epidemiológica nacional, siendo necesario actualizar el sistema de vigilancia nacional de Salud Pública para permitir una respuesta ágil y acertada.

En el ámbito de la Unión Europea, la Comunicación de la Comisión “Construir una Unión Europea de la Salud: reforzar la resiliencia de la UE ante las amenazas transfronterizas para la salud” incluye medidas como un nuevo reglamento sobre amenazas transfronterizas graves para la salud, fortalecer la Agencia Europea del Medicamento (EMA), y el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC), y creación de la Autoridad Europea de preparación y respuesta ante emergencias sanitarias (HERA).

De esta forma, el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, en su componente 18 “Renovación y ampliación de las capacidades del SNS” recoge reformas e inversiones para implementar los cambios previstos. Entre ellos, la reforma 2 “Reforma del sistema de salud pública” (C18.R2) prevé alcanzar un “nuevo sistema de salud pública más ambicioso, más integrado y mejor articulado”, a través de 3 instrumentos: Estrategia de Salud Pública, la Red de Vigilancia en Salud Pública y el Centro Estatal de Salud Pública. Este último ejercerá funciones en 2 ámbitos principales: a) vigilancia en salud pública, evaluaciones de riesgos y análisis de la situación en salud de la población española; y b) preparación del sistema sanitario ante amenazas para la salud pública, principalmente de carácter epidemiológico, y coordinación de las respuestas. Además, el centro deberá encargarse también del seguimiento y la evaluación de la Estrategia de Salud Pública.

La AESAP quedará adscrita orgánicamente al Ministerio de Sanidad, a través de la Secretaría de Estado de Sanidad, aunque contará con personalidad jurídica pública diferenciada, patrimonio y tesorería propios, así como autonomía de gestión¹⁰⁴.

Se pretende que la AESAP monitorice riesgos y ponga en marcha sistemas de alerta precoz, lleve a cabo la preparación frente a futuras emergencias, y se encargue de la evaluación y seguimiento de la estrategia de salud pública, la evaluación de las políticas en entornos sanitarios y no sanitarios. Junto a eso, la AESAP tendrá la misión de reducir desigualdades con un enfoque integral, reforzando la coordinación a nivel autonómico, europeo y con entidades supranacionales, como la Organización Mundial de la Salud o el Centro Europeo de Control de Enfermedades¹⁰⁵.

Conforme a lo establecido en el Anteproyecto de Ley, los fines generales de la agencia serán:

- El desarrollo y ejecución de las competencias del Ministerio de Sanidad en relación con la vigilancia de la salud pública.
- Contribuir a la preparación del sistema sanitario ante riesgos y amenazas para la salud pública y la coordinación técnica de la respuesta.
- Contribuir a la mejora de la salud y el bienestar de la población y a la reducción de las inequidades en salud, mediante su participación en la elaboración de actuaciones de prevención y control de enfermedades y de protección de la salud.

¹⁰⁴ Vid. el Informe SESPAS sobre la Agencia Estatal de Salud Pública. *Propuestas de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) para su diseño y funcionamiento*, que recomienda la forma jurídica de Agencia para este organismo por su capacidad para el ejercicio de potestades administrativas, caracterizada por la autonomía, agilidad y flexibilidad en la gestión, transparencia, rendición de cuentas y evaluación de resultados, pudiendo asumir competencias de gestión directa [Informe-SESPAS-sobre-la-futura-Agencia-Estatal-de-Salud-Publica-07_10_2021.%20(2).pdf]

¹⁰⁵ Vid. Nota de prensa del Ministerio de Sanidad <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=5837>

- Seguimiento y evaluación de la Estrategia de Salud Pública y otras intervenciones y políticas públicas con efecto en la salud.
- Reforzar la coordinación operativa con las instituciones de salud pública de las distintas administraciones públicas, así como servir de punto de enlace con los centros e instituciones de salud pública de la Unión Europea e internacionales en las materias de su competencia.
- Contribuir al diseño y evaluación de políticas e intervenciones en entornos sanitarios y no sanitarios que tengan como objetivo reducir las desigualdades sociales en salud, favoreciendo los enfoques de “salud en todas las políticas”.
- Contribuir al desarrollo profesional de las personas trabajadoras en la salud pública, su capacitación, captación y retención del talento, así como a la generación y movilización del conocimiento.
- Facilitar a la ciudadanía la información necesaria mediante una comunicación en salud pública de alta calidad, sólida y solvente.

Por otro lado, los grandes retos de salud actuales, como recientemente ha sido la pandemia de la COVID-19, sólo pueden abordarse con garantías de éxito si, de manera sistemática, se tienen en cuenta las implicaciones en la salud que conllevan las decisiones que se toman y se evitan impactos perjudiciales para la salud. “Salud en Todas las Políticas” es una perspectiva impulsada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para valorar sistemáticamente las implicaciones sanitarias de las decisiones en todos los sectores, buscando sinergias y ayudando a evitar los efectos nocivos para la salud de las políticas adoptadas por otros sectores con el objetivo de mejorar la salud de la población y la equidad sanitaria.

En España, la evaluación del impacto en salud ya fue recogida en la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, pero aún no se ha desarrollado, ni se ha integrado en el ejercicio de la iniciativa legislativa y la potestad reglamentaria del Gobierno (en buena parte de las Comunidades Autónomas sí se ha implantado, estableciéndose en sus propias leyes de salud pública).

Con ese objetivo, el “Proyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud”, actualmente en tramitación, se pretende que la evaluación del impacto en salud sea preceptiva en la elaboración de los anteproyectos de ley, los proyectos de real decreto legislativo y las normas reglamentarias, dado que la salud de la población está determinada por las políticas e intervenciones en todos los niveles de Gobierno. Esta evaluación preceptiva es determinante para la implantación efectiva y sistemática de la salud en todas las políticas. Así, se plantea la implantación efectiva y sistemática del enfoque de salud en todas las políticas, mediante la incorporación de la evaluación del impacto en salud en la elaboración preceptiva de las Memorias del Análisis de Impacto Normativo de las iniciativas normativas reguladas por la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno.

Conforme se señala en la Exposición de Motivos del Proyecto de Ley, este enfoque de salud se aplicará a las normas de carácter sectorial que afecten a los siguientes determinantes de la salud: salud, vivienda, educación, medio ambiente, transporte, ordenación del territorio, salud laboral, agricultura y producción de alimentos y salud animal y vegetal. Para valorar si existe impacto en la salud se tendrán en cuenta la población potencialmente afectada, la importancia del efecto, la información y evidencia en la que se basa la presunción de dicho efecto y la contribución a las desigualdades en salud, de acuerdo con lo previsto en la guía de evaluación publicada por el Ministerio de Sanidad. En los casos en que se prevea un impacto significativo en la salud se analizarán las consecuencias desde una perspectiva de salud y equidad en salud en todas las políticas, identificando medidas para minimizar los impactos negativos y, en su caso, maximizar los positivos.

4.6. La necesaria coordinación entre los servicios sanitarios y sociales

Un reto fundamental también para la protección de la salud de la población en la actualidad es la adecuada incorporación de la perspectiva social dentro del ámbito sanitario, así como el desarrollo de la coordinación sociosanitaria.

Resulta cada vez más necesaria la interconexión entre los cuidados de salud y los servicios sociales para atender a toda la población, pero de manera particular a las personas de edad o personas con discapacidad y enfermedades crónicas asociadas¹⁰⁶. Son cada vez más numerosos los estudios sobre la Salud conectada y los Servicios de cuidados integrados que subrayan el potencial de una integración más estrecha de los cuidados de salud y de los servicios sociales. Dicha integración debe ser liderada desde el sector público (si bien también se propone la colaboración en su caso de los sectores privados, en el ámbito de la llamada “silver economie”) en el despliegue de estos nuevos sistemas de salud y de cuidados. Ello implica, entre otras cosas, delimitar quiénes son los profesionales sanitarios en el Sistema de Salud¹⁰⁷; examinar los problemas de coordinación entre los servicios sociales y los cuidados de salud; determinar los servicios y prestaciones identitarios del trabajo social sanitario (intervención proactiva mediante técnicas de diagnóstico precoz -screening-; diagnóstico de las dificultades que obstaculizan la cobertura eficiente de las necesidades terapéuticas y asistenciales de la persona cuando deje el establecimiento sanitario; gestión psicosocial para evitar los reingresos hospitalarios injustificados o la hiperfrecuentación en los servicios; etc.); potenciar la cooperación y coordinación con el Sistema de Servicios Sociales y otros sistemas asistenciales; delimitar la atención sociosanitaria en las carteras de servicios común y complementaria el papel del trabajador social sanitario); potenciar la cooperación y coordinación con el Sistema de Servicios Sociales y otros sistemas asistenciales; garantizar la continuidad de cuidados y sostenibilidad de los recursos públicos; así como elaborar, desarrollar, implantar y evaluar los procesos asistenciales.

Otros aspectos necesarios para atender de forma adecuada y eficiente a esta necesidad, que tienen una especial incidencia en las personas con discapacidad, se refieren al desarrollo de estrategias para el fortalecimiento de la atención comunitaria y atención primaria en relación con la prevención y atención social, y la remodelación de la hospitalización y la institucionalización a largo plazo del cuidado. Además, es necesario establecer y potenciar los equipos multidisciplinares para la atención sanitaria integral y atender a los desafíos sociales, políticos y jurídicos que plantea la coordinación sociosanitaria. El desarrollo de esta dimensión social en el ámbito sanitario se proyecta también sobre el deber de formación e información de los facultativos, así como, muy especialmente, sobre el derecho de información de los pacientes, más allá del consentimiento informado oral u escrito. El trabajador social sanitario puede aportar una mayor garantía del derecho a la información completo, integrado y previo de los pacientes en los diferentes procesos de atención a la salud y la enfermedad.

Esta integración entre la atención social y la atención sanitaria se encuentra entre los objetivos planteados por la Unión Europea en relación con los sistemas de salud y las principales innovaciones que al respecto se están realizando en los países más avanzados. De forma expresiva, en la *Comunicación de la Comisión relativa a la consecución de la transformación digital de la sanidad*

¹⁰⁶ Vid. DURÁN BERNARDINO, M.: “La organización y coordinación de los recursos sanitarios y sociales. Hacia una atención integral de las personas mayores”, en AAVV: *Los retos actuales de la asistencia sanitaria española en el contexto de la Unión Europea*. XIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Salud y Seguridad Social. Edic. Laborum. Murcia 2016, pp. 731-739; Durán Bernardino, M.: “La coordinación sociosanitaria en la atención a las personas en situación de dependencia: visión desde la asistencia sanitaria y los servicios sociales”, *Revista de Derecho Social*, nº 4, 2015.

¹⁰⁷ En España sería necesario analizar críticamente la Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias: examinar la oportunidad de su modificación y del reconocimiento, junto al personal profesional médico, enfermero y psicólogo clínico entre otros, de otros profesionales como el Trabajador Social Sanitario, que en la actualidad quedan desde el punto de vista jurídico-formal fuera del ámbito de lo sanitario, pese a su presencia asumiendo funciones vinculadas a la salud en los hospitales, centros de salud y otros establecimientos sanitarios desde hace más de cincuenta años en España.

y los servicios asistenciales en el Mercado Único Digital, la capacitación de los ciudadanos y la creación de una sociedad más saludable (2018) se dice que el término «sistemas de salud y asistencia sanitaria» abarca un concepto más amplio que los «sistemas de salud» o «sistemas sanitarios», ya que engloba especialmente la salud pública y la asistencia social. También entre las recomendaciones señaladas por el *Libro Blanco del IMSERSO sobre “Envejecimiento Activo”* (2011) está la de promover la coordinación sociosanitaria como un objetivo permanente y una prioridad política y asistencial para afrontar el hecho del envejecimiento de la población, que debe estar presidida en todas sus actuaciones por el principio de equidad. Esta coordinación forma parte de las “acciones intersectoriales” propugnadas por la OMS para “conseguir resultados de salud de una forma más efectiva, eficiente y sostenible de lo que sería posible con la sola acción del sector salud”¹⁰⁸.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, en su artículo 7.1, establece que el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención. Uno de los elementos que sirve a este objetivo y que debe estar dentro de la Cartera de servicios es la “prestación de atención sociosanitaria”, que se define en su art. 14. 1 como “el conjunto de cuidados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social».

La pandemia de la COVID-19 ha convertido en una prioridad esta necesaria coordinación entre los ámbitos social y sanitario, fundamentalmente en la prevención, de forma que la parte social y la parte sanitaria no estén separadas para garantizar a las personas una atención integral. Es necesario para ello disponer de estructuras que faciliten una coordinación efectiva entre esos dos ámbitos en todo el territorio nacional.

El “Proyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud” propone, en ese sentido, una modificación del art. 14 (Prestación de atención sociosanitaria) de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, con el objetivo de reforzar la coordinación sociosanitaria estableciendo la obligación de constituir “órganos de coordinación sociosanitaria en las Comunidades Autónomas y ciudades de Ceuta y de Melilla que faciliten la cooperación entre el ámbito social y sanitario, así como el educativo, para responder de forma integral, coordinada y eficiente a las necesidades de atención de las personas en situación de dependencia, con discapacidad o con enfermedades crónicas o de salud mental, entre otras. Asimismo, se dispondrá de un sistema de información compartido que permita la gestión y el seguimiento de los planes de atención individualizados”. No se delimitan, sin embargo, como serán tales órganos y sus funciones específicas, que deberán ser desarrollados reglamentariamente.

4.7. Financiación suficiente y refuerzo de la Atención Primaria para garantizar en España un sistema de salud resiliente, eficiente y sostenible

El reto de crear sistemas de salud innovadores, eficientes y sostenibles exige hoy un mejor diseño de los servicios¹⁰⁹, intervenciones en toda la cadena de atención, mayor énfasis en la autogestión

¹⁰⁸ Vid. ZUNZUNEGUI, M.V. y BÉLAND, F.: “Políticas intersectoriales para abordar el reto del envejecimiento activo. Informe SESPAS 2010”, *Gac. Sanit.* 2010;24 (Suppl 1):68-73, p. 69. Los autores se refieren a experiencias de acción intersectorial en distintos niveles, en la Unión Europea, en Reino Unido y Suecia contra las desigualdades sociales en salud, en Quebec con la evaluación del impacto en salud de las políticas públicas, y a nivel comunitario en Nueva Zelanda. Algunas experiencias se dirigen a temas concretos como el alcohol o la dieta, otras a temas transversales como las desigualdades en salud, y aun otras a poblaciones vulnerables.

¹⁰⁹ Vid. al respecto, GIRELA MOLINA, B.: *Gestión administrativa de la asistencia sanitaria en el sistema nacional de salud*. Tesis doctoral. Universidad de Granada, 2014 (Tesis en acceso abierto en: DIGIBUG). GIRELA MOLINA, B.: “Situación actual y tendencias en la gestión de la asistencia sanitaria en el sistema nacional de salud”, *Revista*

de los pacientes y una mayor vinculación entre salud y asistencia social. Para contribuir a ello se deben reconocer y desarrollar herramientas y mecanismos a escala de la Unión Europea para hacer frente a la escasez de recursos y facilitar la introducción voluntaria de innovaciones en estrategias de intervención y prevención en materia de salud pública.

La *Comunicación de la Comisión Sobre sistemas sanitarios eficaces, accesibles y adaptables* de 2015¹¹⁰ señalaba como factores necesarios para mantener servicios asistenciales accesibles y eficaces: mecanismos de financiación estables; buena gobernanza; flujos de información en el sistema; cálculo preciso de los costes de la asistencia sanitaria; y personal sanitario capaz y cualificado y motivado.

Tras la crisis de la pandemia de la COVID-19, Europa afronta ahora la recuperación sobre la base de un fuerte impulso a la agenda social para garantizar la cohesión y evitar ahondar los efectos de las políticas de austeridad adoptadas como salida a la anterior crisis económica de 2008. La Comisión Europea pretende revitalizar y fortalecer el Pilar Social Europeo junto con el Fondo Europeo de Recuperación. Con ello se pretende una salida de la crisis basada en la reducción de las desigualdades sociales y en combatir la exclusión y la pobreza, junto con la apuesta importante por el Pacto Verde, la Digitalización y la mejora de las capacidades laborales. Y dentro de ese Programa se incluye una fuerte inversión en los Sistemas de Salud para hacerlos resilientes (según la Declaración adoptada por los Veintisiete en la Cumbre de Oporto de mayo de 2021).

La crisis sanitaria ha puesto de manifiesto la fortaleza del sistema público de salud de España, pero también ha demostrado que deben acelerarse las transformaciones para que el sistema sanitario pueda responder mejor a los retos demográficos (envejecimiento, cronicidad, dependencia, despoblación, etc.), ambientales (cambio climático, contaminación, ruido, etc.), sociales (determinantes sociales de la salud, diferencias territoriales, etc.), tecnológicos (tratamiento de datos, tecnologías disruptivas, etc.) y económicos (sostenibilidad, eficiencia, etc.) a los que se enfrenta¹¹¹. También son necesarias transformaciones en relación con la salud pública, como se señala en el Informe SESPAS 2022: la necesidad de mejorar la gobernanza de la salud pública con el diseño de una Agencia Estatal de Salud Pública (el 23 de agosto de 2022 el Consejo de Ministros ha aprobado el anteproyecto de Ley por el que se crea la Agencia Estatal de Salud Pública); que la salud pública se integre en los niveles asistenciales y participe en el proceso de desarrollo digital del Sistema Nacional de Salud, que se mejore el sistema de cuidados de larga duración, así como cambios en la Administración pública y mejora de la calidad de la democracia y de confianza de la población en sus políticos¹¹².

Por todo ello, se pretende reforzar las capacidades del Sistema Nacional de Salud, en coordinación con las Comunidades Autónomas, a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en cinco ámbitos clave para responder a la necesaria mejora de la salud de los ciudadanos: (i) fortalecimiento de la atención primaria y comunitaria, (ii) reforma del sistema de salud

General de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social, Nº. 38, 2014; y del mismo autor, “La gestión de la asistencia sanitaria en una encrucijada”, *Revista de derecho de la seguridad social*, Nº. 4, 2015, pp. 51-74.

¹¹⁰ *Comunicación de la Comisión Sobre sistemas sanitarios eficaces, accesibles y adaptables* Bruselas, 16.1.2015 COM(2014) 215 final/2. Aunque la Comisión Europea reconoce que conseguir unos sistemas sanitarios eficaces, accesibles y adaptables es una tarea que incumbe principalmente a los Estados miembros, en esta Comunicación expone varias iniciativas mediante las cuales la UE puede ayudar a sus decisores y establece un Plan de trabajo de la UE para lograr dicho objetivo.

¹¹¹ *Id.* MORENO VIDA, M.N.: “Retos ante el impacto de la COVID-19 en la sanidad en Europa y en España. Hacia un sistema de salud resiliente basado en la equidad, eficiencia, sostenibilidad, enfoque biosocial y digitalización”, en Monereo Pérez, Rivas Vallejo, Moreno Vida, Vila Tierno y Álvarez Cortés (Dirs.): *Salud y asistencia sanitaria en España en tiempos de pandemia Covid-19*. Tomo I, pp. 261 y sigs.; MORENO VIDA, M.N.: “Las transformaciones sociales y tecnológicas y su incidencia en los sistemas nacionales europeos de asistencia sanitaria: Apuntes para la reflexión”, en Moreno Vida, M.N. y Díaz Aznarte, M.T. (Dir.): *La protección de la salud en el marco del Estado de Bienestar. Una visión nacional y europea*. Edit. Comares, Granada, 2019, pp.83 y ss.

¹¹² *Id.* Informe SESPAS 2022, “La respuesta a la pandemia de la COVID-19. Lecciones aprendidas”, Gac Sanit. 2022;36 Supl 1.

pública, (iii) consolidación de la cohesión, (iv) la equidad y la universalidad, y (v) refuerzo de las capacidades profesionales y reducción de la temporalidad y reforma de la regulación de medicamentos y productos sanitarios.

El objetivo es preparar al Sistema para prevenir y afrontar posibles amenazas sanitarias globales como la derivada de la COVID-19 e incrementar las capacidades de salud pública y los sistemas de vigilancia epidemiológica. Asimismo, se persigue asegurar que todas las personas tengan las máximas oportunidades de desarrollar y preservar su salud y que dispongan de un sistema sanitario público, universal y excelente, sólidamente cohesionado, proactivo, innovador e inteligente y con perspectiva de género, que cuide y promueva su salud a lo largo de toda la vida. Las Reformas deben estar orientadas a la consolidación de la cohesión, la equidad y la universalidad, basada en tres pilares: (i) una nueva ley que permita avanzar en la consecución de los objetivos de universalidad, equidad y cohesión (actualmente ha iniciado ya su tramitación parlamentaria el “Proyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud”), (ii) la reorientación de la atención de alta complejidad en el sistema sanitario, (iii) el incremento de la cartera común de servicios sanitarios públicos a prestar al conjunto de la ciudadanía.

Es necesario también el refuerzo de las capacidades profesionales del personal médico y de enfermería, con el refuerzo de sus dotaciones, la mejora de sus condiciones laborales, la potenciación de su formación y desarrollo profesional y la reducción de la temporalidad. Un primer paso se ha dado con el RD-ley 12/2022, de 5 de julio, por el que se modifica la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud y se prevé aprobar un Real Decreto para mejorar el sistema de formación sanitaria especializada (MIR).

Debe existir una financiación suficiente de la Sanidad Pública, incrementándola de manera importante atendiendo al criterio de euro por habitante y año para situarnos, al menos, en el promedio de la UE. Y, en relación a ello, hay que garantizar que el gasto farmacéutico crezca por debajo de los presupuestos sanitarios públicos mediante la fijación de precios acorde con los costes reales, la promoción del uso de medicamentos genéricos, la utilización de las centrales de compras para todo el Sistema Nacional de Salud y promocionando una industria farmacéutica pública. Además, se deben anular los copagos de los medicamentos que son un obstáculo para el acceso a los medicamentos que necesitan por parte de las personas más enfermas o con enfermedades crónicas y con menores ingresos. Y entre todas estas medidas es necesario, muy especialmente, fortalecer la Atención Primaria.

Como destaca el *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud de 2020-2021*¹¹³, la atención primaria es el nivel básico e inicial de atención asistencial que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Los servicios sanitarios de primer nivel, se caracterizan por tener una gran accesibilidad y por la suficiente capacidad de resolución técnica como para abordar íntegramente los problemas de salud que tienen una presentación frecuente. La Atención Primaria recoge la actividad asistencial realizada por médicos de familia, pediatras, enfermeras y demás personal sanitario y no sanitario dirigida a conseguir el mantenimiento y mejora de la salud en el primer nivel de asistencia sanitaria, tanto en centros de salud como en cualquier tipo de consultorios urbanos o rurales o en los domicilios de los pacientes. Incluye también servicios de urgencia o de atención continuada extrahospitalaria, actividades de planificación familiar, salud mental, fisioterapia o rehabilitación, trabajo sociosanitario y actividades preventivas generales o específicas según edad y sexo (vacunaciones, exámenes de salud, información-educación sanitaria), administración de tratamientos, curas y cirugía menor.

¹¹³ Vid. *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud de 2020-2021* (Informes, estudios e investigación 2022. Ministerio de Sanidad. El Informe reúne información tanto del periodo inmediatamente anterior a la pandemia como de los años 2020 y 2021, ofreciendo algunos datos sobre el comportamiento del sistema sanitario asistencial frente a la COVID-19 y sobre la percepción de su labor por los ciudadanos.

La atención especializada es el segundo nivel de atención, que cuenta con los medios diagnósticos y/o terapéuticos de mayor complejidad y coste dentro del sistema, y a los que se accede, en primera instancia, por indicación de los facultativos de atención primaria. La atención especializada debe garantizar la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que el paciente pueda reintegrarse en dicho nivel. En este nivel se presta la asistencia sanitaria prestada por médicos especialistas, enfermería y demás personal sanitario y no sanitario que va encaminada a conseguir el mantenimiento y mejora de la salud mediante la actividad asistencial que se realiza en hospitales o centros de especialidades. Aquí se incluye tanto la hospitalización como el diagnóstico, tratamiento, cirugía (mayor o menor) sin hospitalización, consultas y urgencias. Reivindicaciones planteadas en este nivel desde hace tiempo son el incremento de las camas hospitalarias de la red de gestión pública; la creación de una red de camas de crónicos que mejore la eficiencia hospitalaria; y la realización a medio plazo de un plan estratégico de atención especializada para adaptarla a los nuevos retos de salud.

Una de las grandes necesidades de nuestro sistema de asistencia sanitaria es impulsar la Atención Primaria (aspecto éste en el que se viene insistiendo desde la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública¹¹⁴). El nivel asistencial de Atención Primaria ha demostrado, pese a los problemas que en los últimos años viene arrastrando, entre otras cosas por la falta de personal sanitario en los Centros de Salud debido a los recortes producidos en el gasto público desde la crisis de 2008 y a las malas condiciones laborales del personal, su capacidad para acercar los servicios asistenciales a la población y para garantizar una atención cercana y segura a las personas y familias que forman la comunidad gracias al conocimiento de los antecedentes personales, familiares y de su historial clínico. Los recortes económicos llevados a cabo en prácticamente todas las comunidades autónomas se han traducido en el cierre de muchos centros de salud, la limitación del horario de atención, el cierre de las urgencias de numerosos centros de salud, y especialmente la falta de personal sanitario en los mismos.

Para ello es necesario reforzar el papel de la Atención Primaria en el sistema sanitario, aumentando su presupuesto, aumentando el personal sanitario (sobre todo el de enfermería, potenciando la enfermería comunitaria) y dotándola suficientemente de otras categorías profesionales como las de psicología, fisioterapia y trabajo social. También es necesario potenciar la atención domiciliaria y la atención a las personas mayores en las residencias desde la Atención Primaria. Se propugna así que la Atención Primaria “recupere su carácter comunitario mejorando su coordinación con los hospitales, servicios de salud pública, alerta epidemiológica, recursos sociales, atención a la dependencia e instituciones municipales, con la participación e implicación de la población en el marco de las Áreas Sanitarias”¹¹⁵.

¹¹⁴ Vid. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública: “Propuestas urgentes para la Sanidad Pública tras la pandemia”. *Salud 2000. Política Sanitaria* n° 158, Junio 2020, pp. 23 y ss. Ponen de relieve que “Durante la epidemia la Atención Primaria, allí donde ha seguido funcionando, ha jugado en papel fundamental a la hora de atender la demanda de enfermedad, diagnosticar nuevos casos, controlarlos en los domicilios o informar a las familias sobre medidas para evitar contagios. Desde los Centros de Salud se ha atendido a pacientes en residencias de mayores, y mantenido las consultas telefónicas y presenciales para diagnosticar, informar y tranquilizar a la población”.

¹¹⁵ Vid. SÁNCHEZ-AMAT, M., PADILLA BERNÁLDEZ, J. y GAVILÁN MORAL, E.: “¿Qué es la Atención Primaria de Salud?”, *AMF. Actualización en Medicina de Familia*. Sección: No todo es clínica. https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2887. Señalan estos autores que la situación de la Atención Primaria en España es delicada y llena de problemas que amenazan al modelo en el que se ha desarrollado en los últimos cuarenta años. Además de otros problemas destacan tres grandes dimensiones de cambio para la Atención Primaria: “la banalización del contacto clínico, la ultraespecialización del conocimiento y la descohesión de las sociedades en las que la APS desarrolla su labor”. Para los autores, la Atención Primaria ha de ser “una forma de práctica sanitaria capaz de proveer servicios de alta complejidad y calidad, de base generalista y multiprofesional, capaz de conjugar la centralidad del paciente con su contextualización comunitaria”.

El Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia presentado por el Gobierno el 13 de abril de 2021 para la utilización de los nuevos instrumentos comunitarios de financiación *Next Generation UE* contempla, entre los llamados “20 programas tractores de inversión”, el “Pacto por la ciencia y la innovación. Refuerzo a las capacidades del Sistema Nacional de Salud”. Para reforzar la resiliencia, el Plan dedica un componente específico (Componente 18) a la “Renovación y ampliación de la capacidad del Sistema Nacional de Salud”, con el refuerzo de sus capacidades en varios ámbitos claves para responder a las necesidades del futuro. Las actuaciones en el marco del Plan de Recuperación se verán además complementadas por otras como el refuerzo de la atención primaria y comunitaria financiadas con cargo a REACT-EU.

Dentro de dicho Componente 18 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia se prevén reformas e inversiones que permitan, en su conjunto, una verdadera transformación del sistema sanitario español. Los fondos del PRTR que gestiona el Ministerio se ejecutan a través de tres vías: actuaciones directas (importe aproximado de 270 millones), transferencias a las comunidades y ciudades autónomas (importe aproximado de 1.067 millones) y subvenciones (importe aproximado de 27 millones). La primera de ellas es gestionada directamente por el Ministerio de Sanidad, para el desarrollo de aplicaciones y sistemas de información asociados al nodo central del sistema nacional de salud, reforzando y ampliando sus capacidades e impulsando la Estrategia de Salud digital del SNS en las líneas de la analítica de datos, servicios digitales e interoperabilidad nacional e internacional. La segunda de ellas se gestionará en el marco del PERTE de “Salud de Vanguardia” para el desarrollo de los proyectos seleccionados de las Comunidades Autónomas para la transformación digital de la Atención Primaria, en las áreas de centro sanitario inteligencia, asistencia personalizada y transformación digital de los servicios de soporte a la atención sanitaria. Entre las reformas previstas se incluye el fortalecimiento de la atención primaria y comunitaria¹¹⁶.

En ese marco, y con los Fondos previstos en el Plan, se ha anunciado ya la creación de un Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria, dotado con 176 millones, con el que se pretende “mejorar la capacidad resolutoria del primer nivel de atención e impulsar su carácter vertebrador y su papel como agente de salud del paciente en todo el sistema sanitario”. El documento en el que se presenta este plan de acción destaca que en el mismo se aprobarán “acciones dirigidas a mejorar la accesibilidad en este primer nivel de atención y su capacidad resolutoria, potenciar la atención integral y la salud comunitaria, promover la calidad asistencial y mejorar las tecnologías de la información y comunicaciones en los servicios de atención primaria que sirvan de apoyo directo a la gestión clínica y a la medición de resultados clínicos y en salud”.

Por otra parte, se ha previsto también ampliar y fortalecer dos de los servicios absolutamente deficitarios dentro de la asistencia sanitaria pública: la salud bucodental y la salud mental.

En cuanto a los primeros, se prevé ampliar los servicios de salud bucodental en la cartera de servicios del SNS¹¹⁷. Las prestaciones de atención de salud bucodental incluidas en la cartera

¹¹⁶ Entre las reformas previstas dentro del Componente 18 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia Entre las reformas previstas se incluye el fortalecimiento de la atención primaria y comunitaria; la reforma del sistema de salud pública; la consolidación de la cohesión, la equidad y la universalidad; el refuerzo de las capacidades profesionales y reducción de la temporalidad; la reforma de la regulación de medicamentos y productos sanitarios y mejora del acceso a medicamentos. Asimismo se prevén un conjunto de inversiones, gestionadas por el Ministerio de Sanidad, con un importe aproximado de 961 millones de euros: Plan de inversión en equipos de alta tecnología; Acciones para reforzar la prevención y promoción de la salud; Aumento de capacidades de respuesta ante crisis sanitarias; Formación de profesionales sanitarios y recursos para compartir conocimiento; Plan para la racionalización del consumo de productos farmacéuticos y fomento de la sostenibilidad. Por otro lado, dentro del Componente 19 del PRTR, “Plan Nacional de Capacidades digitales (digital skills)”, en la inversión 3, competencias digitales para el empleo, se llevará a cabo formación digital para profesionales sanitarios, con un crédito de 3 millones de euros.

¹¹⁷ El Ministerio de Sanidad ha incluido la ampliación de la cartera común de servicios de atención bucodental en el componente 18 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, formando parte de la reforma 3

común de servicios del SNS se recogen dentro del apartado 9 del anexo II (relativo a la cartera de servicios comunes de atención primaria) del RD 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización. En el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria, aprobado en abril de 2019 por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, se contempla como acción (A.4.5), para acometer a corto plazo, la actualización de la cartera común de servicios en salud bucodental.

En concreto, el Plan de Acción Bucodental recoge acciones preventivas (por ejemplo, limpiezas de boca y para evitar la aparición de caries) y asistenciales, e incluye la atención específica a nuevos colectivos. Con este plan se pretende alcanzar un doble objetivo:

- Homogeneizar las prestaciones de atención bucodental en el territorio nacional, garantizando la equidad en su acceso, independientemente del lugar de residencia.
- Incrementar los servicios comunes que hasta ahora no se prestaban por la sanidad pública, con un enfoque fundamentalmente preventivo y priorizando a los siguientes colectivos: población infantil y juvenil de 0 a 14 años (diferenciando dos grupos, uno de 0-5 y otro de 6-14 años), incluyendo un enfoque preventivo y procedimientos de odontología restauradora; mujeres embarazadas; población mayor de 75 años; personas sometidas a tratamiento quimioterápico o radioterápico; y personas con un grado de discapacidad intelectual o con un grado de discapacidad limitante de la movilidad de los miembros superiores que impida un correcto autocuidado.

En cuanto a la salud mental, se anunció un plan de acción para desarrollar la nueva Estrategia de Salud Mental, que se desplegará entre 2021 y 2026, con una dotación económica que se transferirá a las comunidades autónomas. Su finalidad es “fortalecer la atención a la salud mental, identificando y gestionando las necesidades más urgentes, convirtiéndose en un pilar fundamental de las reformas del SNS”.

BIBLIOGRAFÍA

- AA.VV.: *Informe SESPAS 2022, “La respuesta a la pandemia de la COVID-19. Lecciones aprendidas”*, en *Gaceta Sanitaria*, Volume 36, Supplement 1, 2022 (publicado en abierto).
- AA.VV.: *Informe SESPAS sobre la Agencia Estatal de Salud Pública. Propuestas de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) para su diseño y funcionamiento* [Informe-SESPAS-sobre-la-futura-Agencia-Estatal-de-Salud-Publica-07_10_2021.%20(2).pdf]
- ABÁSOLO, I., PINILLA, J., NEGRÍN, M.: “Equidad en la utilización de servicios sanitarios públicos por Comunidades Autónomas en España: un análisis multinivel”, *Hacienda Pública Española / Revista de Economía Pública*, 187-(4/2008): 87-106, también en https://bibacceda01.ulpgc.es:8443/bitstream/10553/22108/1/Equidad_utilizaci%C3%B3n_servicios.pdf

“Consolidación de la cohesión, la equidad y la universalidad del SNS”, si bien esta reforma no lleva asociada ninguna financiación en el Plan de Recuperación. En enero de 2021, el Ministerio de Sanidad formó un grupo de trabajo multidisciplinar, dependiente de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación (CPAF) del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, para elaborar una propuesta de ampliación de cartera en el que participan, además de todas las comunidades autónomas, las sociedades científicas implicadas: Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (SESPO), Sociedad Española de Odontopediatría (SEOP), Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de España, y representantes de la D.G. de Salud Pública del Ministerio.

- AMAADACHOU KADDUR, F.: “Aspectos jurídicos del copago sanitario”, en AAVV: *Los retos actuales de la asistencia sanitaria española en el contexto de la Unión Europea*. XIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Salud y Seguridad Social. Edic. Laborum. Murcia 2016, pp. 711-718
- BACIGALUPE, A., MARTÍN, U., FRANCO, M., BORRELL, C.: “Desigualdades socioeconómicas y COVID-19 en España”, en *Informe SESPAS 2022 “La respuesta a la pandemia de la COVID-19. Lecciones aprendidas”*, Gaceta Sanitaria Volume 36, Supplement 1, 2022, Pages S13-S21.
- BENACHA, J., TARAFÁ, G. y MUNTANERA, C.: “El copago sanitario y la desigualdad: ciencia y política”, *Gac. Sanit.* 2012; 26(1):80-82
- CALVETE OLIVA, CAMPO AGUADO *et al*ri (Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior, Ministerio de Sanidad y Política Social): “Innovando en salud pública: Monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud. Una prioridad para la Presidencia española de la Unión Europea en 2010”, *Rev Esp Salud Pública* 2010; 84: 3-11 N.º 1 - Enero-Febrero 2010.
- CHINCHILLA MARÍN, C.: *La radiotelevisión como servicio público esencial*, Tecnos, Madrid, 1988, págs. 94 y sigs.
- DÍAZ AZNARTE, M.T.: “El Sistema Nacional de Salud y las carteras de servicios común y complementarias. Una visión crítica de la descentralización territorial en materia de asistencia sanitaria”, en Moreno Vida, M.N. y Díaz Aznar, M.T. (Dir.): *La protección de la salud en el marco del Estado de Bienestar. Una visión nacional y europea*. Edit. Comares, Granada, 2019, pp.119 y ss.
- DÍAZ PÉREZ, C.: “Desigualdades en el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria”, *Revista Derecho y Salud*, Vol. 25, número 1. Enero-Junio 2015
- DURÁN BERNARDINO, M.: “La organización y coordinación de los recursos sanitarios y sociales. Hacia una atención integral de las personas mayores”, en AAVV: *Los retos actuales de la asistencia sanitaria española en el contexto de la Unión Europea*. XIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Salud y Seguridad Social. Edic. Laborum. Murcia 2016, pp. 731-739
- DURÁN BERNARDINO, M.: “La coordinación sociosanitaria en la atención a las personas en situación de dependencia: visión desde la asistencia sanitaria y los servicios sociales”, *Revista de Derecho Social*, nº 4, 2015.
- FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA: *Los servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas*. Informe 2022 (XVIIIº Informe), mayo 2022 [<https://fadspe.es/wp-content/uploads/2022/05>]
- FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA: “Propuestas urgentes para la Sanidad Pública tras la pandemia”. *Salud 2000. Política Sanitaria* nº 158, Junio 2020, pp. 23 y ss.
- FERNÁNDEZ GARCÍA, M.Y.: *Estatuto jurídico de los servicios esenciales económicos en red*, INAP/ Editorial Ciudad Argentina, Madrid, 2003, págs. 148 y sigs.
- FERNÁNDEZ RAMÍREZ, M.: “La prestación de asistencia sanitaria por parte de Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social y por las empresas sanitarias”, en Monereo Pérez, Rivas Vallejo, Moreno Vida, Vila Tierno y Álvarez Cortés (Dirs.): *Salud y asistencia sanitaria en España en tiempos de pandemia COVID-19*, Thomson Reuters Aranzadi, Navarra, 2021, págs. 831 y sigs.

- FREIRE CAMPO, J.M.: “Público y privado en la sanidad”, en *Tiempo de Paz*, núm. 142, otoño 2021, monográfico sobre *Público y privado en el nuevo papel del Estado*, coordinado por J. Vida Fernández.
- GÁLVEZ ZALOÑA, R. y LAMATA COTANDA, F.: “Monopolios y precios de los medicamentos: un problema ético y de salud pública. Algunas propuestas para impedir los precios excesivos y garantizar un acceso justo a los medicamentos”. *Laboratorio de Alternativas*. Documento de trabajo 202/2019. Fundación Alternativas, p. 9. <https://www.fundacionalternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/monopolios-y-precios-de-los-medicamentos-un-problema-etico-y-de-salud-publica>
- GIRELA MOLINA, B.: *Gestión administrativa de la asistencia sanitaria en el sistema nacional de salud*. Tesis doctoral. Universidad de Granada, 2014 (Tesis en acceso abierto en: DIGIBUG)
- GIRELA MOLINA, B.: “Situación actual y tendencias en la gestión de la asistencia sanitaria en el sistema nacional de salud”, *Revista General de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social*, Nº. 38, 2014
- GIRELA MOLINA, B.: “La gestión de la asistencia sanitaria en una encrucijada”, *Revista de derecho de la seguridad social*, Nº. 4, 2015, págs. 51-74.
- GIRELA MOLINA, B.: “La sanidad privada en España. Colaboración con el sector sanitario público. Gestión sanitaria de la pandemia COVID”, en Monereo Pérez, Rivas Vallejo, Moreno Vida, Vila Tierno y Álvarez Cortés (Dirs.): *Salud y asistencia sanitaria en España en tiempos de pandemia COVID-19*, Thomson Reuters Aranzadi, Navarra, 2021.
- GULLÓN, P., LUMBRERAS, B., SÁNCHEZ-MARTÍNEZ, F.I., DE MONTALVO-JAASKELÄINENE, F., RUIZ-Cantero, M.T.: “La Salud Pública y la Administración Sanitaria ante la pandemia de COVID-19”. *Informe SESPAS 2022, “La respuesta a la pandemia de la COVID-19. Lecciones aprendidas”*, publicado en *Gaceta Sanitaria*, Volumen 36, Supplement 1, 2022, Pages S1-S3 [Gac Sanit. 2022;36 (S1):S1-S3]. DOI: 10.1016/j.gaceta.2022.05.002
- GWATKIN, R.: “Desigualdades sanitarias y salud de los pobres: ¿Qué sabemos al respecto? ¿Qué podemos hacer?”. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. Recopilación de artículos Nº 3, 2000 [Artículo publicado en inglés en el Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78 (1): 3-18]. Se puede consultar en [ud31bc_desigualdades-sanitariasRGwatkin.pdf](#)
- LOBO, FÉLIZ: *La economía, la innovación y el futuro del Sistema Nacional de Salud*. Funcas, 2017. Disponible en: <https://www.funcas.es/publicaciones/Sumario.aspx?IdRef=9-08017>
- MARTÍN GARCÍA, M.: *El copago sanitario: resultados para el sistema sanitario y los pacientes*. Documento de trabajo 183/2014. Fundación Alternativas. Madrid, 2014
- MARTÍNEZ OLMOS, J.: “Los desafíos de la gestión de una pandemia en un contexto multinacional. El caso de la Covid-19”, *OPEX. Observatorio de Política Exterior Española*. Documento de Trabajo Opex Nº 106/2020. Fundación Alternativas y Ministerio de Defensa, 2020.
- MOLINA HERMOSILLA, O.: “El derecho a la asistencia sanitaria en su configuración histórica. Antecedentes y evolución histórica”, en Monereo Pérez, Rivas Vallejo, Moreno Vida, Vila Tierno y Álvarez Cortés (Dirs.): *Salud y asistencia sanitaria en España en tiempos de pandemia COVID-19*, Thomson Reuters Aranzadi, Navarra, 2021.
- MONEREO PÉREZ, J.L.: “La salud como derecho humano fundamental”, en *Relaciones Laborales: Revista crítica de teoría y práctica*, núm. 9 (2014)

- MONEREO PÉREZ, J.L.: “Protección de la salud”, en AAVV: *La Europa de los Derechos. Estudio sistemático de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea* (MONEREO ATIENZA, C. Y MONEREO PÉREZ, J.L., Dirs.), Edit. Comares, Granada 2012, pp. 960-961.
- MONEREO PÉREZ, J.L.: “El derecho a la salud y a la asistencia sanitaria en los ordenamientos interno e internacional”, en Monereo Pérez, Rivas Vallejo, Moreno Vida, Vila Tierno y Álvarez Cortés (Dir.): *Salud y asistencia sanitaria en España en tiempos de pandemia COVID-19*, Thomson Reuters Aranzadi, Navarra, 2021, págs. 115-232.
- MONEREO PÉREZ, J.L. y GUINDO MORALES, S.: “La financiación del sistema sanitario. Presente y futuro”, en Monereo Pérez, Rivas Vallejo, Moreno Vida, Vila Tierno y Álvarez Cortés (Dir.): *Salud y asistencia sanitaria en España en tiempos de pandemia COVID-19*, Thomson Reuters Aranzadi, Navarra, 2021, págs. 455-488.
- MONEREO PÉREZ, J.L.: “Las reestructuraciones en el sector público y su incidencia en el empleo público laboral”, en Castillo Blanco y Monereo Pérez (Dir.): *Reestructuración de las Administraciones Públicas: Aspectos administrativos y laborales*, Edit. Comares, Granada, 2015
- MONEREO PÉREZ, J.L.: “La garantía jurídica del derecho social fundamental a la salud y la asistencia sanitaria”, en MORENO VIDA, M.N. y DÍAZ AZNARTE, M.T., *La protección social de la salud en el marco del estado del bienestar. Una visión nacional y europea*, Ed. Comares, 2019
- MONEREO PÉREZ, J.L.: “Aspectos laborales de la interconexión entre Administraciones Públicas y entes instrumentales: Irregularidades en la contratación y legislación de emergencia”, *Revista de Derecho Social*, núm. 67, 13 ss
- MORENO VIDA, M.N.: “Retos ante el impacto de la COVID-19 en la sanidad en Europa y en España. Hacia un sistema de salud resiliente basado en la equidad, eficiencia, sostenibilidad, enfoque biosocial y digitalización”, en Monereo Pérez, Rivas Vallejo, Moreno Vida, Vila Tierno y Álvarez Cortés (Dir.): *Salud y asistencia sanitaria en España en tiempos de pandemia Covid-19*. Tomo I, pp. 261 y sigs.
- MORENO VIDA, M.N.: “Las transformaciones sociales y tecnológicas y su incidencia en los sistemas nacionales europeos de asistencia sanitaria: Apuntes para la reflexión”, en Moreno Vida, M.N. y Díaz Aznarte, M.T. (Dir.): *La protección de la salud en el marco del Estado de Bienestar. Una visión nacional y europea*. Edit. Comares, Granada, 2019, pp.83 y ss.
- PADILLA BERNÁLDEZ, J.: “Prevención: ¿aún podemos ser amigos?”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2019; 39(135): 159-175. <https://www.revistaen.es/index.php/aen>.
- PALOMAR OLMEDA, A.: “La configuración de la urgencia de un sistema de salud, la incidencia en el ámbito privado y el control de la actividad de éstos”, *Derecho y Salud*, Vol. 30, Nº extra 1, 2020 (ejemplar dedicado a COVID-19), págs. 36-46.
- PALOMO COBOS, L. y SÁNCHEZ BAYLE, M.: *La Atención Primaria española: Situación actual y perspectivas cuarenta años después de Alma-Ata*. Documento de trabajo Nº: 196/2018. Fundación Alternativas. Madrid, 2018. [Disponible en : https://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/50a207f8de958230ee99c3056f3fb811.pdf]
- PAREJO ALFONSO, L.: “Estado y procesos de cambio. Del Estado prestacional al garante de la prestación”, *Asamblea: revista parlamentaria de la Asamblea de Madrid*, núm. 33, 2015.

- PAREJO ALFONSO, L.: “Servicios públicos y servicios de interés general: la renovada actualidad de los primeros”, en Cienfuegos Salgado, G. y Rodríguez Lozano, L.G. (Coords.): *Actualidad de los servicios públicos en Iberoamerica*, Edit. Universidad Autónoma de México / Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2008, págs. 477-478.
- REMACHA ROIG, P.: “Administración sanitaria. Coordinación institucional en el estado autonómico”, en AAVV: *Los retos actuales de la asistencia sanitaria española en el contexto de la Unión Europea*. XIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Salud y Seguridad Social. Edic. Laborum. Murcia 2016, pp. 571-585.
- REPULLO LABRADOR, J.R. E INFANTE CAMPOS, A.: “La cohesión del Sistema Nacional de Salud y su sostenibilidad: en el aniversario de una ley que buscó de forma tardía e insuficiente gobernar un sistema descentralizado”, *Revista Derecho y Salud*, Vol. 23, número Extraordinario dedicado al XXII Congreso 2013.
- REY DEL CASTILLO, J. (Coordinador): *Análisis y propuestas para la regeneración de la sanidad pública en España*. Documento de trabajo N°: 190/2015. Fundación Alternativas, p. 8. [Disponible en <https://www.fundacionalternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/analisis-y-propuestas-para-la-regeneracion-de-la-sanidad-publica-en-espana>]
- RODRÍGUEZ-RICO ROLDÁN, V.: “Titulares y beneficiarios del derecho a la asistencia sanitaria”, en Monereo Pérez, Rivas Vallejo, Moreno Vida, Vila Tierno y Álvarez Cortés (Dirs.): *Salud y asistencia sanitaria en España en tiempos de pandemia COVID-19*, Thomson Reuters Aranzadi, Navarra, 2021.
- SÁNCHEZ-AMAT, M., PADILLA BERNÁLDEZ, J. y GAVILÁN MORAL, E.: “¿Qué es la Atención Primaria de Salud?”, *AMF. Actualización en Medicina de Familia*. Sección: No todo es clínica. https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2887.
- SÁNCHEZ BAYLE, M.: *La privatización de la asistencia sanitaria en España*, Laboratorio de Alternativas, Documento de Trabajo 182/2014 [file:///C:/Users/mmmvi/Desktop/sanidad-MN/privatizaci%C3%B3n%20sanitaria.pdf]
- SATUÉ DE VELASCO, GAYOL FERNÁNDEZ, EYARALAR RIERA, MAGALLÓN BOTAYA, ABAL FERRER: “Impacto de la pandemia en la atención primaria”. *Informe SESPAS 2022, “La respuesta a la pandemia de la COVID-19. Lecciones aprendidas”*, Gac Sanit. 2022;36 Supl 1:S30-S35
- SEGURO BENEDICTO, A.: “Recortes, austeridad y salud. Informe SESPAS 2014”, *Gaceta Sanitaria* 2014; 28 (S1), 7-11. Sobre la salud comunitaria y las políticas intersectoriales, vid. *Gaceta Sanitaria*, Vol. 32. Núm. S1, 2018, Monográfico “Salud comunitaria y Administración Local”.
- SÍNDIC DE GREUGES DE CATALUNYA: *La prestación privada de servicios de interés general y buenas prácticas corporativas*. 1ª ed., 2014 [<http://www.sindic.cat/site/unitFiles/3606/La%20prestacion%20privada%20de%20servicios%20de%20interes%20general%20def.pdf>]
- TORRES-CANTERO, A.M., ÁLVAREZ LEÓN, E.E., MORÁN-SÁNCHEZ, I., SAN LÁZARO CAMPILLO, I., BERNAL MORELLA, E., HERNÁNDEZ PEREÑA, M., MARTÍNEZ-MORATA, I.: “El impacto de la pandemia de COVID-19 sobre la salud”, en *Informe SESPAS 2022 “La respuesta a la pandemia de la COVID-19. Lecciones aprendidas”*, Gaceta Sanitaria Volume 36, Supplement 1, 2022, Pages S4-S12.
- VIDA FERNÁNDEZ, J.: “Público y privado: De nuevo sobre el papel del Estado”, en *Revista Tiempo de Paz*, núm. 142, otoño 2021 (Número especial coordinado por J. Vida Fernández), pág. 17 [<https://revistatiempodepaz.org/revista-142/>].

- VIDA FERNÁNDEZ, J.: “Financiación pública y fijación del precio de los medicamentos”, en Faus Santasusana, J. y Vida Fernández, J. (Dir.): *Tratado de derecho farmacéutico: estudio del régimen jurídico de los medicamentos*, Aranzadi Thomson Reuters, Navarra, 2017, págs. 931-1040.
- ZUNZUNEGUI, M.V. y BÉLAND, F.: “Políticas intersectoriales para abordar el reto del envejecimiento activo. Informe SESPAS 2010”, *Gac. Sanit.*2010;24 (Supl 1):68-73.