Revista de Derecho de la Seguridad Social

Laborum

Nº Extraordinario 4 (2022)

Sumario:

Dirección: María Nieves Moreno Vida y María Teresa Díaz Aznarte

Parte Primera. EL MODELO DE ATENCIÓN SANITARIA MULTINIVEL. LA DESCENTRALIZACIÓN TERRITORIAL. LAS CARTERAS DE SERVICIOS. LA COHESIÓN Y CALIDAD DEL SISTEMA. PERSPECTIVA COMPARADA

- Fundamentos del derecho fundamental a la salud en los sistemas europeos
  José Luis Monereo Pérez
- El derecho a la salud en el Ámbito Internacional y de la Unión Europea. Tratamiento actual y desafíos futuros
  María José Caballero Pérez
- La evolución normativa y político-social del sistema nacional de salud y los riesgos de la fragmentación. Análisis de la cartera común de servicios estatal
  Raquel Vida Fernández
- Particularidades y aspectos problemáticos de la cartera de servicios de la comunidad autónoma de andalucía
  Natalia Tomás Jiménez
- Las deficiencias endémicas en la descentralización territorial del derecho a la asistencia sanitaria en españa y propuestas de mejora
  Mª Teresa Díaz Aznarte
- El derecho de información de los usuarios o pacientes. Más allá del consentimiento informado
  José Manuel Jiménez Rodríguez
- 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 reforma
  María Nieves Moreno Vida
- Organización y gestión de la sanidad andaluza en el marco del sistema nacional de salud. Atención primaria y atención especializada; fortalecimiento de la gestión clínica; avances en la gestión de la salud pública; participación de grupos de interés; innovación en salud
  Braulio Girela Molina
- La evolución del servicio nacional de salud en las dinámicas mantenidas entre el estado italiano y las administraciones regionales
  Fabio Giglioni
- Las relaciones laborales en el sistema sanitario italiano: flexibilidad, poderes de gestión y desafíos pandémicos
  Marco Esposito, Umberto Gargiulo, Emilia D'Avino y Maria Giovanna Elmo

Parte Segunda. LA PERSPECTIVA SOCIAL EN LOS SERVICIOS SANITARIOS

- La actuación en primera línea de los servicios sanitarios y los servicios sociales y sus profesionales en tiempos de pandemia
  María Teresa Gijón Sánchez y María Belén Morata García de la Puerta
- Perspectiva social de los recursos residenciales para mayores en andalucia. Propuestas y retos de futuro para la coordinación sociosanitaria
  Yolanda María de la Fuente Robles
- La intervención en crisis para los enfermos agudos y crónicos ante determinadas enfermedades y su cuidado. El apoyo a los grupos de ayuda formados por personas con diagnósticos médicos específicos (diabetes, insuficiencia renal, avc u otros)
  José Manuel Jiménez Rodríguez

Parte Tercera. RETOS DE LA REVOLUCIÓN DIGITAL EN LA SANIDAD

- Inteligencia artificial para el avance de los sistemas de salud. Posibles aportes y retos
  Clara Bermúdez-Tamayo y Jaime Jiménez-Pernet
- La e-salud. Hacia la medicina 5P: medicina personalizada, precisa, preventiva, predictiva y participativa
  Isabel Monereo Moreno y María Nieves Moreno Vida
- Peticiones de revolución digital en la sanidad italiana y relativas aportaciones
  Alessandra Sannella

Ediciones Laborum

Revista de Derecho de la Seguridad Social

Laborum

Extraordinaria nº 4 (Monográfico)- 2022

DEDICADO A "EL MODELO DE ATENCIÓN SANITARIA MULTINIVEL. LA COHESIÓN Y CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y EL AVANCE DE LA REVOLUCIÓN DIGITAL EN LA SANIDAD"

Directoras:
María Nieves Moreno Vida
María Teresa Díaz Aznarte

Esta obra se enmarca en el 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. Universidad de Granada

Junta de Andalucía
Consejería de Transformación Económica, Industria, Conocimiento y Universidades

Fondo Europeo de Desarrollo Regional
Una manera de hacer Europa
UNIÓN EUROPEA

Queremos expresar nuestro agradecimiento al Programa Operativo FEDER, a la Junta de Andalucía-Consejería de Economía y Conocimiento y a la Universidad de Granada

© Ediciones Laborum, S.L.

Avda. Gutiérrez Mellado, nº 9
Planta 3ª - Oficina 2
30.008 - Murcia

Telf.: 968 88 21 81
Fax.: 968 88 70 40
Web: www.laborum.es
email: laborum@laborum.es

Depósito Legal: MU 1085-2014
Publicación Impresa: ISSN 2386-7191
Publicación Digital: ISSN 2387-0370

Impreso en España - Printed in Spain

Contacto Revista:
www.laborum.es/revsegsoc
facebook.com/RevSegSoc
@RevSegSoc
revsegsoc@laborum.es

Licencia Creative Commons BY-NC-ND4.0
Más información sobre esta licencia en:
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es

DIRECCIÓN:

José Luis Monereo Pérez, *Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Granada. Presidente de la Asociación Española de Salud y Seguridad Social*

SUBDIRECCIÓN:

Guillermo Rodríguez Iniesta, *Profesor Titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Murcia. Magistrado (Supl.) del Tribunal Superior de Justicia de Murcia*

COORDINACIÓN:

Belén del Mar López Insua, *Profesora Titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Granada*

CONSEJO DE REDACCIÓN:

José Luis Monereo Pérez, *Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Granada. Universidad de Granada. Presidente de la Asociación Española de Salud y Seguridad Social*

Guillermo Rodríguez Iniesta, *Profesor Titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Murcia. Magistrado (Supl.) del Tribunal Superior de Justicia de Murcia*

Inmaculada Ballester Pastor, *Catedrática de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universitat Jaume I de Castellón*

Paola Bozzao, *Profesora Titular -acreditada a Catedrática- de Derecho del Trabajo. Universidad La Sapienza de Roma. Italia*

Faustino Cavas Martínez, *Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Murcia*

Lourdes López Cumbre, *Catedrática de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Cantabria*

Juan Antonio Maldonado Molina, *Catedrático (acreditado) de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Granada*

Antonio Márquez Prieto, *Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Málaga*

José Luis Tortuero Plaza, *Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad Complutense*

Cristina Sánchez-Rodas Navarro, *Catedrática de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Sevilla*

CONSEJO ASESOR:

Belén Alonso-Olea García, *Profesora Titular de Derecho de Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad Nacional de Educación a Distancia*

Miguel A. Almendros González, *Catedrático de Derecho de la empresa. Universidad de Granada*

Icíar Alzaga Ruíz, *Catedrática de Filosofía del Derecho. Universidad Nacional de Educación a Distancia*

María José Añón Roig, *Catedrática de Filosofía del Derecho. Universidad de Valencia*

Joaquín Aparicio Tovar, *Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Castilla La Mancha*

Cristina Aragón Gómez, *Profesora Titular de Derecho de Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad Nacional de Educación a Distancia*

Ángel Arias Domínguez, *Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Extremadura*

Alberto Arufe Varela, *Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de A Coruña*

Gian Guido Balandi, *Catedrático Derecho del Trabajo. Universidad de Ferrara. Italia*

Susana Barcelón Cobedo, *Profesora Titular de Derecho de Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad Carlos III de Madrid*

Ángel Blasco Pellicer, *Magistrado del Tribunal Supremo. Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social (exc.)*

Jo Carby-Hall, *Abogado. Director de Investigaciones Jurídicas Internacionales. Universidad de Hull. Yorkshire. Inglaterra*

María Emilia Casas Baamonde, *Catedrática de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad Complutense de Madrid*

María Antonia Castro Argüelles, *Catedrática de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Oviedo*

Wolfgang Däubler, *Catedrático de Derecho Laboral Alemán y Europeo, Derecho Civil y Mercantil. Universidad de Bremen. Alemania*

Susana de la Casa Quesada, *Profesora Titular de Derecho de Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Jaén*

Luis Enrique de la Villa Gil, *Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad Autónoma de Madrid*

Ángel Luis de Val Tena, *Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Zaragoza*

Elena Desdentado Daroca, *Profesora Titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad Nacional de Educación a Distancia*

María Teresa Díaz Aznarte, *Catedrática de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Granada*

Elisabet Errandonea Ulazia, *Profesora Titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad del País Vasco*

Gemma Fabregat Monfort, *Profesora Titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Valencia*

Juan José Fernández Domínguez, *Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de León*

Maximilian Fuchs, *Catedrático de Derecho del Trabajo. Universidad Católica Eichstätt-Ingolstadt. Alemania*

Carlos García de Cortázar, *Técnico de la Administración de la Seguridad Social*

Joaquín García Murcia, *Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Zaragoza*

Ignacio García Ninet, *Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Barcelona*

María García Valverde, *Profesora Titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Granada*

Alessandro Garilli, *Catedrático de Derecho del Trabajo. Facultad de Derecho Universidad de Palermo*

Mario Garmedia Arigón, *Profesor de Derecho del Trabajo. Universidad de la República de Uruguay*

Rosa González de Patto, *Profesora Titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Granada*

Santiago González Ortega, *Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad Pablo Olavide*

Esperanza Macarena Hernández Bejarano, *Profesora Titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Sevilla*

Juan López Gandía, *Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Valencia*

José Luján Alcaraz, *Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Murcia*

Jesús Martínez Girón, *Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de A Coruña*
Carolina Martínez Moreno, *Catedrática de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Oviedo*
Jesús Mercader Uguina, *Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad Carlos III*
Cristina Monereo Atienza, *Profesora Titular de Filosofía del Derecho. Universidad de Málaga*
Ana Murcia Clavería, *Profesora Doctora de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Valladolid*
María Nieves Moreno Vida, *Catedrática de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Granada*
Antonio Ojeda Avilés, *Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Sevilla*
Sofía Olarte Encabo, *Catedrática de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Granada*
Mari Carmen Ortiz Lallana, *Magistrada del TSJ de La Rioja. Catedrática de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social*
Manuel Carlos Palomeque López, *Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Salamanca*
Susana Rodríguez Escanciano, *Catedrática de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de León*
Gloria Rojas Rivero, *Catedrática de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de La Laguna*
Eduardo Rojo Torrecilla, *Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad Autónoma de Barcelona*
Santos Miguel Ruesga Benito, *Catedrático de Economía Aplicada. Universidad Autónoma de Madrid*
Carolina San Martin Mazzuconi, *Catedrática de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad Rey Juan Carlos*
Yolanda Sánchez-Urán Azaña, *Catedrática de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad Complutense de Madrid*
Antonio Vicente Sempere Navarro, *Magistrado del Tribunal Supremo. Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social (exc.)*
Elisa Sierra Hernaiz, *Profesora Titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Navarra*
Elena Signorini, *Profesora agregada de Derecho Laboral y de Seguridad Social. Universidad de Bérgamo. Italia*
Andrés Trillo García, *Letrado Jefe de los Servicios Centrales del Instituto Nacional de la Seguridad Social*
Daniel Toscani Giménez, *Profesor Titular -acreditado a Catedrático- de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Valencia*
María Dolores Valdueza Blanco, *Profesora de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad Carlos III de Madrid*
Raquel Vela Díaz, *Profesora ayudante Doctora de Derecho del Trabajo y de Seguridad Social. Universidad de Jaén*
Raquel Vida Fernández, *Profesora Colaboradora del Departamento de Derecho del Trabajo y Seguridad Social. Universidad de Granada*
Francisco Vila Tierno, *Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Málaga*

COMITÉ DE EVALUACIÓN EXTERNO:
Carlos Alfonso Mellado, *Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Valencia*
Jaime Cabeza Pereiro, *Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Vigo*
Javier Fernández-Costales Muñiz, *Catedrático EU (integrado TU) de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de León*
Juan Gorelli Hernández, *Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Huelva*
Carlos Hugo Preciado, *Magistrado de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña*
María Del Mar Pérez Hernández, *Profesora Doctora Asociada de la Universidad de Almería y Jefa de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social de Almería*
Pilar Rivas Vallejo, *Catedrática de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Barcelona*
María José Romero Ródenas, *Catedrática de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social de la Universidad de Castilla-La Mancha*
Borja Suárez Corujo, *Profesor Titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad Autónoma de Madrid*
Arántzazu Vicente Palacio, *Catedrática de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad Jaume I de Castellón*
Carmen Viqueira Pérez, *Catedrática de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social de la Universidad de Alicante*

EDITOR:
Ediciones Laborum

RESPONSABLE DE INDEXACIÓN:
Alejandro Muros Polo

Destinatarios

Con esta orientación y enfoque metodológico que se busca los destinatarios de esta Revista son todas las personas, instituciones y organismos -públicos y privados- en el campo de la Seguridad Social sin excepción, como Abogados, Graduados Sociales, Profesorado Universitario y en general todo el personal del ámbito académico científico, Responsables de dirección de personal o de "recursos humanos", asesores sindicales o empresariales, trabajadores sociales, directores y empleados públicos, y sus respectivas asociaciones u organizaciones profesionales, entre otros.

Contenido

Parte Primera.
EL MODELO DE ATENCIÓN SANITARIA MULTINIVEL. LA DESCENTRALIZACIÓN TERRITORIAL. LAS CARTERAS DE SERVICIOS. LA COHESIÓN Y CALIDAD DEL SISTEMA. PERSPECTIVA COMPARADA

FUNDAMENTOS DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD EN LOS SISTEMAS EUROPEOS 13
José Luis Monereo Pérez

1. Introducción 14
2. El derecho a la protección de la salud en los sistemas universal y europeo de los derechos fundamentales 16
3. Modelos de protección de la salud en Europa: tendencias en el desarrollo de los sistemas sanitarios europeos 29
Bibliografía 47

EL DERECHO A LA SALUD EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL Y DE LA UNIÓN EUROPEA. TRATAMIENTO ACTUAL Y DESAFÍOS FUTUROS 55
María José Caballero Pérez

1. La protección de la salud en el marco internacional y sus nuevos retos dentro de la agenda 2030 de Naciones Unidas 56
2. La protección de la salud en la Unión Europea 62
2.1. La coordinación comunitaria de los sistemas de asistencia sanitaria: Reglamentos (CE) 883/2004 y 987/2009 66
2.2. La asistencia sanitaria transfronteriza al amparo del principio comunitario de la libre prestación de servicios: la Directiva 2011/24/UE, de 9 de marzo de 2011 73
2.3. Nuevos retos y propuestas en materia de sanidad tras la pandemia de la COVID-19: la importancia de la solidaridad transfronteriza europea en tiempos de crisis 77
Conclusiones 80
Bibliografía 81

LA EVOLUCIÓN NORMATIVA Y POLÍTICO-SOCIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y LOS RIESGOS DE LA FRAGMENTACIÓN. ANÁLISIS DE LA CARTERA COMÚN DE SERVICIOS ESTATAL 85
Raquel Vida Fernández

1. El Sistema Nacional de Salud: Evolución normativa y político-social 85
1.1. Evolución normativa y político-social anterior a la Constitución de 1978 85
1.2. La Constitución de 1978: tránsito de la sanidad vinculada al sistema de Seguridad Social al Sistema Nacional de Salud español 89
1.3. La regulación y organización del Sistema Nacional de Salud español. Riesgos de la fragmentación 90
2. La Cartera Común de Servicios Estatal 92
2.1. Introducción 92
2.2. Ordenación del Catálogo de Prestaciones Básicas del Sistema Nacional de Salud. Las carteras de servicios 94
3. Estructura de la Cartera Común de Servicios Estatal: Básica de servicios asistenciales (prestaciones sanitarias). Suplementaria (prestaciones sanitarias). De servicios accesorios (actividades, servicios o técnicas) 97
4. Contenido de las tres modalidades de la Cartera Común de Servicios Estatal 98

5. Referencia al Proyecto de Ley de Medidas para la Equidad, Universalidad y Cohesión del Sistema Nacional de Salud: una nueva reforma para el futuro próximo 102
Bibliografía y webgrafía 103

PARTICULARIDADES Y ASPECTOS PROBLEMÁTICOS DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA 105
Natalia Tomás Jiménez

1. Preámbulo 105
2. Sanidad y población andaluza: una visión estadística 106
3. El Sistema Nacional de Salud en un Estado Autonómico 108
4. El Servicio Andaluz de Salud y su Cartera de Servicios 110
4.1. La Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud en Andalucía: luces y sombras de un modelo descentralizado 113
4.2. Las Comunidades Autónomas y sus carteras complementarias de servicios 116
Bibliografía 130

LAS DEFICIENCIAS ENDÉMICAS EN LA DESCENTRALIZACIÓN TERRITORIAL DEL DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA EN ESPAÑA Y PROPUESTAS DE MEJORA 133
Mª Teresa Díaz Aznarte

1. Cuestiones introductorias. Una mirada a la asistencia sanitaria descentralizada en España en tiempos de pandemia 133
2. La coordinación y cohesión interterritoriales como objetivos irrenunciables 136
2.1. El Sistema Nacional de Salud en la Ley 14/1986 General de Sanidad. Conformación legal, carencias y desafíos. 136
2.2. Las deficiencias endémicas en materia de cohesión sanitari 138
3. La descentralización territorial del derecho a la asistencia sanitaria. Cartera de Servicios Comunes y carteras de prestaciones complementarias del Sistema Nacional de Salud 141
3.1. Catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud. La Cartera de Servicios Comunes 141
3.2. Las Carteras de Servicios Complementarias de las Comunidades Autónomas 143
3.3. Las desigualdades territoriales en materia de prestaciones sanitarias: problemas prácticos y propuestas de mejora 145
Bibliografía 149

EL DERECHO DE INFORMACIÓN DE LOS USUARIOS O PACIENTES. MÁS ALLÁ DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO 151
José Manuel Jiménez Rodríguez

1. Aproximación al concepto de información en salud 151
2. La información del usuario o paciente: estado de la cuestión 152
3. Marco normativo para la información con el usuario o paciente 153
4. Estrategias para informar al usuario o paciente desde los sistemas sanitarios 158
5. El consentimiento informado 159
6. La voluntad vital anticipada 160
7. La comunicación de malas noticias 165
7.1. La entrevista como técnica para la atención en salud: hacia su dimensión clínico-social 166
Bibliografía 167

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 REFORMA 171
María Nieves Moreno Vida

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-19 171
2. Las inequidades sanitarias: La lucha contra las desigualdades en materia de salud..... 182
2.1. Aspectos generales. Incidencia de la pandemia de la COVID-19 en las desigualdades sanitarias. 182
2.2. Los determinantes sociales y territoriales de la salud en España 185
3. Análisis de situación. Principales problemas planteados en el sistema sanitario español 190
4. Deficiencias y debilidades del SNS. Insuficiencia de los instrumentos legales existentes y propuestas de reforma 193
4.1. Falta de universalidad del sistema de atención sanitaria. Hacia la universalidad sin excepciones 194
4.2. La gestión pública del Sistema Nacional de Salud y las vías de privatización existentes..... 196
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 desarroll 203
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 210
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 215
4.6. La necesaria coordinación entre los servicios sanitarios y sociales..... 219
4.7. Financiación suficiente y refuerzo de la Atención Primaria para garantizar en España un sistema de salud resiliente, eficiente y sostenibl 220
Bibliografia 225

ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LA SANIDAD ANDALUZA EN EL MARCO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA; FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN CLÍNICA; AVANCES EN LA GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA; PARTICIPACIÓN DE GRUPOS DE INTERÉS; INNOVACIÓN EN SALUD 231
Braulio Girela Molina

1. Metas organizacionales relevantes en la sanidad andaluza en el marco del sistema nacional de salud 232
1.1. Aspectos generales de la Gestión Sanitaria y sus reformas en el Sistema Nacional de Salud..... 232
1.2. Gestión de la asistencia sanitaria en el Sistema Sanitario Público de Andalucía: El final de la apuesta por las técnicas de gestión empresarial 239
2. Planes y estrategías que enmarcan las políticas de la sanidad andaluza y la organización y gestión de los servicios sanitarios 249
3. Atención primaria y especializada en Andalucía 249
3.1. Atención Primaria de Salud 249
3.2. Atención Especializada 254
3.3. La Atención a las Urgencias y Emergencias Sanitarias en Andalucía 257
3.4. Ordenación de la Salud Mental..... 258
3.5. Centros con Terapias con Sustancias de Origen Humano 259
4. Fortalecimiento de la gestión clínica 261
4.1. Definiciones, objetivos y regulació 261
4.2. La Gestión Clínica en el IV Plan Andaluz de Salud 262
4.3. La Gestión Clínica en el III Plan de Calidad del SSPA 263
5. Avances en la gestión de la salud pública 264
6. Soporte a las garantías y sostenibilidad del sistema sanitario público de Andalucía 266
7. Orientación a resultados..... 266
8. La participación en el sistema sanitario público de Andalucía 266
8.1. Orientación de los Servicios Sanitarios al ciudadano y participación en el Sistema Nacional de Salud 266
8.2. Participación de los ciudadanos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía..... 267
8.3. La participación de la ciudadanía en salud pública 268

8.4. La participación en el IV Plan Andaluz de Salud (2013-2020) 268
9. Innovación en salud 269
9.1. Investigación (generación de conocimiento) e innovación (aplicación del conocimiento) en Salud en Andalucía 269
9.2. Gestionar el conocimiento y la tecnología con criterios de sostenibilidad....272
9.3. La Política de Seguridad de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) del Servicio Andaluz de Salud....272
9.4. Historia Clínica Electrónica....273
9.5. Generar una cultura de humanización en la organización del SSPA 273
Conclusiones....274
Bibliografía....277

LA EVOLUCIÓN DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD EN LAS DINÁMICAS MANTENIDAS ENTRE EL ESTADO ITALIANO Y LAS ADMINISTRACIONES REGIONALES 279
Fabio Giglioni

1. La huella regionalista de las reformas de los años 90 del pasado siglo....280
2. El impacto de la reforma constitucional de 2001 281
3. Las políticas públicas del nuevo siglo en el ámbito sanitario....282
4. La sobreestimación de la capacidad de los niveles esenciales para garantizar la igualdad de los ciudadanos 284
5. Las hipocresías desveladas a raíz de la experiencia pandémica 286
6. Los nuevos escenarios posteriores a la pandemia....288
Bibliografía 290

LAS RELACIONES LABORALES EN EL SISTEMA SANITARIO ITALIANO: FLEXIBILIDAD, PODERES DE GESTIÓN Y DESAFÍOS PANDÉMICOS 293
Marco Esposito
Umberto Gargiulo
Emilia D'Avino
Maria Giovanna Elmo

1. Los puntos críticos en el Sistema Nacional de Salud antes de la emergencia pandémica....294
2. (continuación) Del Pacto por la Salud al Plan Nacional de Recuperación y Resiliencia....296
3. La telemedicina....298
4. Flexibilidad laboral entre criticidades y oportunidades: las fuentes....301
5. (continuación) Los contratos subordinados de duración determinada y de "*somministrazione*": límites a la celebración de contratos....302
6. La conversión fallida en relación a los contratos por tiempo indefinid 307
7. Los procedimientos de estabilización....310
8. Los riesgos de exclusión de determinadas categorías de trabajadores temporales....313
9. Las perspectivas de futuro: la valorización de las experiencias flexibles en los procedimientos ordinarios de selección....314
10. Las tipologías en la emergencia sanitaria: entre la flexibilidad laboral y el trabajo autónom 316
11. La gestión sanitaria: ¿una gestión sin competencias?....320
12. (continuacion) … ¿y sin poderes? 322
13. Una última pregunta (aunque de carácter provisional): ¿son nudos que deben desatarse o cortarse? 325
Bibliografía....326

Parte Segunda.
LA PERSPECTIVA SOCIAL EN LOS SERVICIOS SANITARIOS

LA ACTUACIÓN EN PRIMERA LÍNEA DE LOS SERVICIOS SANITARIOS Y LOS SERVICIOS SOCIALES Y SUS PROFESIONALES EN TIEMPOS DE PANDEMIA 333
María Teresa Gijón Sánchez
María Belén Morata García de la Puerta

1. Introducción 333
2. La declaración de esencialidad de los servicios sanitarios y los servicios sociales en pandemia 335
3. Las prácticas profesionales de ayuda esenciales en los servicios sanitarios y en los servicios sociales en pandemia 338
4. El trabajo social en la primera línea ante los efectos sanitarios y sociales de la pandemia en poblaciones vulnerables 340
5. Consideraciones finale 345
Referencias bibliográfica 348

PERSPECTIVA SOCIAL DE LOS RECURSOS RESIDENCIALES PARA MAYORES EN ANDALUCIA. PROPUESTAS Y RETOS DE FUTURO PARA LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA 355
Yolanda María de la Fuente Robles

1. La Estrategia actual. Década del Envejecimiento Saludable 355
2. La salud en las personas mayores 359
2.1. Centros Residenciales para de Mayores y la gestión de la salud en la pandemia 360
3. Los Centros Residenciales en datos 362
3.1. De los necesarios cambios en los Centros Residenciales 362
3.2. Los nuevos recursos residenciales. Los Centros de Cuidados Intermedios 366
4. Propuesta para la mejora del futuro de los Centros Residenciales Andaluces 367
5. Tecnología para la salud. Proximidad individualizada 368
5.1. Telemonitorización 369
5.2. La nueva herramienta para la gestión. La Historia Social Única 370
Reflexiones final 371
Bibliografía 371

LA INTERVENCIÓN EN CRISIS PARA LOS ENFERMOS AGUDOS Y CRÓNICOS ANTE DETERMINADAS ENFERMEDADES Y SU CUIDADO. EL APOYO A LOS GRUPOS DE AYUDA FORMADOS POR PERSONAS CON DIAGNÓSTICOS MÉDICOS ESPECÍFICOS (DIABETES, INSUFICIENCIA RENAL, AVC U OTROS) 375
José Manuel Jiménez Rodríguez

1. Aproximación al concepto de cronicidad 376
2. La enfermedad aguda y crónica: estado de la cuestión 376
2.1. La enfermedad crónica en cifras: una aproximación a la situación de España y la Comunidad Autónoma de Andalucía 378
3. Estrategias para el abordaje de la cronicidad en España y la Comunidad Autónoma de Andalucía 381
4. El cuidado en el enfermo agudo y crónico 383
4.1. La intervención en crisis para el enfermo agudo y crónico 386
5. Apoyo sociosanitario en el enfermo agudo y crónico 388
5.1. Servicios, recursos y prestaciones para el abordaje del enfermo agudo y crónico 388
5.2. La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia 389

6. El apoyo informal en el enfermo agudo o crónico....391
Bibliografía....394

Parte Tercera.
RETOS DE LA REVOLUCIÓN DIGITAL EN LA SANIDAD

INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA EL AVANCE DE LOS SISTEMAS DE SALUD. POSIBLES APORTES Y RETOS....401
Clara Bermúdez-Tamayo
Jaime Jiménez-Pernet

1. Introducción....402
2. La Inteligencia Artificial y sus tecnología....403
2.1. Aprendizaje automático (Machine Learning - ML)....403
2.2. Aprendizaje profundo....404
2.3. Robótica....404
3. Aplicaciones de la inteligencia artificial en ámbito sanitari....404
3.1. Dispositivos de IA utilizados en el ámbito de la salud....406
3.2. Aprendizaje automático (Machine Learning - ML) en ámbito de la salud....407
3.3. Aprendizaje profundo....408
3.4. Procesamiento del lenguaje natural....408
4. Desafíos y limitaciones de la IA....408
4.1. Aspectos generales....409
4.2. Implicaciones para el personal sanitario....409
4.3. Implicaciones éticas....410
5. El futuro de la IA....411
Referencias....412

LA E-SALUD. HACIA LA MEDICINA 5P: MEDICINA PERSONALIZADA, PRECISA, PREVENTIVA, PREDICTIVA Y PARTICIPATIVA....415
Isabel Monereo Moreno
María Nieves Moreno Vida

1. Salud digital: Aportaciones de las soluciones de sanidad móvil dentro del sistema sanitario....415
1.1. Diagnóstico de precisión y medicina personalizada....417
1.2. Monitorización en pacientes crónicos o en enfermedades más recurrentes....420
1.3. Historia clínica digital....423
1.4. Teleasistencia y telemedicina....427
1.5. Obstáculos y problemas planteados en la salud digital....431
2. El impulso a la sanidad digital en Europa y en España....433
Bibliografía....441

PETICIONES DE REVOLUCIÓN DIGITAL EN LA SANIDAD ITALIANA Y RELATIVAS APORTACIONES....445
Alessandra Sannella

1. Integración de territorio - hospital....445
2. Los servicios sociales y de salud....446
3. El reto de la asistencia digital....448
4. Un estudio de atención de casos en el territorio: atiende a la persona en estado de vulnerabilidad....450
Conclusión....451
Bibliografía....452
Sitografía....452

Parte Primera.
EL MODELO DE ATENCIÓN SANITARIA MULTINIVEL. LA DESCENTRALIZACIÓN TERRITORIAL. LAS CARTERAS DE SERVICIOS. LA COHESIÓN Y CALIDAD DEL SISTEMA. PERSPECTIVA COMPARADA

Laborum

nº Extraordinario 4
ISSN: 2386-7191 – ISSNe: 2387-0370

Fundamentos del derecho fundamental a la salud en los sistemas europeos[1]

Foundations of the fundamental right to health in european systems

José Luis Monereo Pérez *Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Granada*
Presidente de la Asociación Española de Salud y Seguridad Social (AESSS)
https://orcid.org/0000-0002-0230-6615

Resumen

La protección de la salud, y, en particular, de la asistencia sanitaria, constituye uno de los pilares fundamentales del constitucionalismo democrático-social mundial y europeo y un núcleo principal del Estado Social. En este marco, la verdadera Constitución Social Europea es la Carta Social Europea Revisada de 1996, lo cual no puede ser desconocido en una garantía multinivel de este derecho social fundamental. Destaca su configuración como derecho social de prestación universalista de toda persona necesitada de protección de su salud, así como la interdependencia, indivisibilidad, comunicabilidad y el carácter central de este derecho dentro del sistema de derechos humanos fundamentales. Es un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de la salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, la dimensión preventiva y precautoria y la participación de la población en las decisiones sobre la salud en los planos comunitario, nacional e internacional. Constituye un derecho social fundamental de desmercantilización de los modos de satisfacción del conjunto de las necesidades a él vinculadas y de carácter primario, que impone a los poderes públicos la obligación de garantizar este derecho social de solidaridad, haciendo prevalecer la racionalidad social sobre la racionalidad estrictamente económica. Se le confiere al derecho un conjunto de elementos esenciales e instrumentales (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad) e impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados: la obligación de respetar, proteger y cumplir. No existe un único modelo europeo de Sistema de Salud proveedor de asistencia sanitaria. Es competencia y responsabilidad de los países miembros la determinación de las prestaciones y su gestión, y a la Unión Europea le corresponde actuar en el doble plano de complementariedad de la acción de los Estados y coordinación de esas acciones nacionales. En este contexto europeo, la finalida principal de los Reglamentos Comunitarios, ha sido coordinar los sistemas de Seguridad Social y Asistencia Sanitaria de los Estados que integran la Unión. Una coordinación realizada en vista de alcanzar una convergencia por los objetivos perseguidos, rehusando utilizar la técnica normativa fuerte de la armonización legislativa.

Palabras Clave

salud; asistencia sanitaria; Carta Social Europea; Derecho de la Unión Europea; derecho fundamental; desmercantilización; solidaridad

Abstract

The protection of health, and in particular of health care, is one of the fundamental pillars of the European and global democratic-social constitutionalism and a major nucleus of the Social State. In this context, the true European Social Constitution is the Revised European Social Charter of 1996, which cannot be ignored in a multi-level guarantee of this fundamental social right. It highlights its configuration as a social right of universalist provision f r every person in need of health protection, as well as the interdependence, indivisibility, communicability and central character of this right within the system of fundamental human rights. It is an inclusive right that encompasses not only timely and appropriate health care but also the main determinants of health, the preventive and precautionary dimension, and the participation of the population in health decisions at the community, national and international levels. It constitutes a fundamental social right of "decommodification of the modes of satisfaction of all the needs related to it and of a primary nature, which imposes on the public authorities the obligation to guarantee this social right of solidarity, making social rationality prevail over strictly economic rationality. The right is given a set of essential and instrumental elements (availability, accessibility, acceptability, quality) and imposes three types or levels of obligations on States: The obligation to respect, protect and fulfill. There is no single European model of healthcare provider health system. It is the competence and responsibility of the Member States to determine the benefits and their management, and it is up to the European Union to act on the two-fold basis of complementarity between the actions of the Member States and coordination of these national actions. In this European context, the main purpose of the Community regulations has been to coordinate the social security and health care systems of the Member States of the Union. A coordination carried out in view of achieving convergence by the objectives pursued, refusing to use the strong normative technique of legislative harmonization.

Keywords

health; healthcare; European Social Charter; European Union law; fundamental right; decommodification; solidarit

[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.

"[Un] componente del cambio de rumbo se refiere a la necesidad de enfocar las realizaciones y conquistas reales, en lugar del establecimiento de lo que puede identificarse como las instituciones y reglas correctas. El contraste tiene que ver aquí con una dicotomía general y mucho más amplia entre una visión de la justicia centrada en esquemas y una concepción de la justicia centrada en realizaciones"
AMARTYA SEN (2020, 42)

1. INTRODUCCIÓN

En el Derecho de la Unión Europea la norma de referencia es el Artículo 35. Protección de la salud CDFUE, a cuyo tenor: "*Toda persona tiene derecho a acceder a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un nivel elevado de protección de la salud humana"* (véase artículos 1, 2, 3, 34, 37 y 38 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea; artículo 168 del TFUE).

Pero la verdadera *Constitución Social Europea* es la Carta Social Europea Revisada de 1996 (en adelante, CSEr). Lo cual no puede ser desconocido en una garantía multinivel de este derecho social fundamental. Y tanto más atendiendo al explícito reconocimiento de esa garantía multinivel en el artículo 53 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (en adelante, CDFUE), relativa al "Nivel de Protección" (es decir, garantía multinivel de los derechos fundamentales) de los derechos por ella consagrados: "Ninguna de las disposiciones de la presente Carta podrá interpretarse como limitativa o lesiva de los derechos humanos y libertades fundamentales reconocidos, en su respectivo ámbito de aplicación, por el Derecho de la Unión, el Derecho internacional y los convenios internacionales de los que son parte la Unión o todos los Estados miembros, y en particular el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, así como por las constituciones de los Estados miembros". Por su parte, el artículo 6.3 del TUE, establece que "Los derechos fundamentales que garantía el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales y los que son fruto de las tradiciones constitucionales formarán parte del derecho de la Unión Europea como *principios comunes*".

A mayor abundancia, el Preámbulo de la CDFUE dispone que "La presente Carta reafirma, respetando las competencias y misiones de la Comunidad y de la Unión, así como el principio de subsidiariedad, los derechos reconocidos especialmente por las tradiciones constitucionales y las obligaciones internacionales comunes de los Estados, el Tratado de la Unión Europea y los Tratados comunitarios, el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Públicas, *las Cartas Sociales adoptadas por la Comunidad [Carta Comunitaria de los Derechos Sociales Fundamentales de los Trabajadores, firmada en Estrasburgo el 9 de diciembre de 1989, por once de los doce Estados miembros, con adhesiones posteriores] y por el Consejo de Europa [Carta Social Europea Revisada],* así como la jurisprudencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea y del Tribunal Europeo de Derechos Humanos. El disfrute de tales derechos origina responsabilidades y deberes tanto respecto de los demás como de la comunidad humana y de las futuras generaciones".

El artículo 11 de la Carta Social Europea (Revisada, Estrasburgo, el 3 de mayo de 1996) garantiza el "Derecho a la protección de la salud", dotándolo de un contenido mínimo esencial, a saber: *"Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud, las Pates se comprometen a adoptar, directamente o en cooperación con organizaciones públicas o privadas, medidas adecuadas para, entre otros fines: 1.eliminar, en lo posible, las causas de una salud deficiente; 2.establecer servicios educaciones y de consulta dirigidos a la mejora de la salud y a estimar el sentido de responsabilidad individual en lo concerniente a la misma; 3.prevenir, en lo posible, las enfermedades epidémicas, endémicas y otras, así como los accidentes".* Este artículo

deberá ser interpretado en conexión con el artículo 13 que garantiza el «*Derecho a la Asistencia* Social y *Médica*» y, más ampliamente, en conexión con el estándar jurídico internacional que proclama y garantiza los derechos fundamentales entre los que se incluye el Derecho a la salud y en particular el derecho a la asistencia sanitaria.

Por otra parte, este precepto debe ponerse en relación con la Parte II ("Asistencia médica") y en particular con el art. 7 del Código Europeo de Seguridad Social, de 16 de abril de 1964 (Instrumento de Ratificación, 7/03/1995, publicado en el BOE, núm. 65, de 17 de marzo de 1995), a cuyo tenor "Toda Parte Contratante para la cual esté en vigor esta Parte del Código deberá garantizar a las personas protegidas la concesión, cuando su estado lo requiera, de asistencia médica de carácter preventivo o curativo, conforme a los artículos siguientes de la presente Parte". El artículo 8 se ocupa de la contingencia cubierta ("La contingencia cubierta deberá comprender cualquier estado mórbido, cualquiera que sea su causa, el embarazo, el parto y sus consecuencias"), el 9 del ámbito subjetivo (incluyendo a residentes…), el artículo 10 del Código se ocupa del catálogo estándar de prestaciones[2], y los artículos 11 ("Las prestaciones mencionadas en el artículo 10 se garantizarán, en la contingencia cubierta, al menos a las personas protegidas que hayan cumplido o cuyo sostén familiar haya cumplido un período de calificación que se considere necesario para evitar los abusos") y 12, de las condiciones de disfrute de las prestaciones de "asistencia médica" (confirme a esta última disposición: "Las prestaciones mencionadas en el artículo 10 se concederán durante todo el transcurso de la contingencia cubierta, salvo en el caso de estado mórbido la duración de las prestaciones podrá limitarse a 26 semanas en cada caso; ahora bien, las prestaciones médicas no podrán suspenderse mientras se pague una indemnización por enfermedad, y deberán adoptarse disposiciones para elevar el límite antes mencionado cuando se trate de enfermedades previstas por la legislación nacional para las que se reconoce la necesidad de una asistencia prolongada"). El Código Europeo de Seguridad Social -Convenio específico de Seguridad Social- pretende crear un estándar de Seguridad Social entre los Estados Miembros del Consejo de Europa en "asistencia médica" y otras prestaciones fundamentales de Seguridad Social, con el objetivo de buscar una cierta armonización o aproximación (débil) de los distintos modelos y cultura tradicionales de Seguridad Social existentes en Europa. Así pues, el Código Europeo de Seguridad Social, y su Protocolo (17/3/1968), constituyen instrumentos europeos fundamentales de armonización o aproximación mínima de los Sistemas Nacionales de Seguridad Social de las Partes Contratantes, que establecen normas mínimas, sin perjuicio de que los Estados Parte puedan adoptar normas más favorables o más estrictas.

[2] Conforme al artículo 10 del Código Europeo de Seguridad Social (Instrumento de Ratificación, «BOE» núm. 65, de 17 de marzo de 1995): "1. Las prestaciones deberán comprender por lo menos:
a) en caso de estado mórbido:
i) la asistencia médica general, comprendidas las visitas a domicilio;
ii) la asistencia por especialistas prestada en hospitales a personas hospitalizadas o no hospitalizadas y la asistencia que pueda ser prestada por especialistas fuera de los hospitales;
iii) el suministro de productos farmacéuticos esenciales recetados por un médico u otro profesional calificado,
iv) la hospitalización cuando fuere necesaria, y
b) en caso de embarazo, parto y sus consecuencias:
i) la asistencia prenatal, la asistencia durante el parto y la asistencia puerperal, prestadas por un médico o por una comadrona diplomada, y
ii) la hospitalización cuando sea necesaria.
2. El beneficiar o o su sostén familiar podrá ser obligado a participar en los gastos de la asistencia médica recibida por el mismo en caso de estado mórbido; las normas relativas a dicha participación se establecerán de forma que no supongan una carga excesiva.
3. Las prestaciones proporcionadas de conformidad con este artículo tendrán por objeto conservar, restablecer o mejorar la salud de la persona protegida, así como su aptitud para el trabajo y para hacer frente a sus necesidades personales.
4. Los departamentos gubernamentales o instituciones que concedan las prestaciones estimularán a las personas protegidas, por cuantos medios se consideren apropiados, a que utilicen los servicios generales de salud puestos a disposición por las autoridades públicas o por otros organismos reconocidos por las autoridades públicas.

2. EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN LOS SISTEMAS UNIVERSAL Y EUROPEO DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES

La protección de la salud, y, en particular, de la asistencia sanitaria, constituye uno de los pilares fundamentales del constitucionalismo democrático-social mundial y europeo y un núcleo principal del Estado Social. Es un derecho social fundamental de carácter primario vinculado al derecho a la vida y a la dignidad de la persona (el clásico derecho a una existencia digna de la persona). De este modo se sitúa a la persona en el centro de su atención. Y así es reconocido en la Normativa Internacional, General y Europea, sobre los derechos fundamentales, que lo consagran con una proyección universalista. Esta formulación universalista es coherente con la elevación del reconocimiento de la "persona" en los textos de valor y rango fundamental (Cfr. Art. 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, y art.12 de Pacto Internacional, que refiere al "derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental").

Según se desprende del mismo PIDESC y de las Observaciones Generales aprobadas por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (En adelante, CDESC) tanto respecto al derecho a la salud {*Fuente:* Nº 1 a Nº 19: HRI/GEN/1/Rev.9(Vol.I); Nº 20: E/C.12/GC/20; Nº 21: E/C.12/GC/21} (Observación General, nº. 14), como la más general sobre el derecho a la Seguridad Social (Observación General, nº. 19), el derecho a la salud pertenece, tanto histórica como actualmente, en la tradición de los derechos humanos del constitucionalismo democrático-social al más amplio y comprensivo derecho a la Seguridad Social. Sucede, no obstante, que su extraordinaria importancia (como ha ocurrido también con otros derechos humanos fundamentales) ha determinado la conveniencia político jurídica de su *especificación y diferenciación* precisamente para garantizar una garantía más efectiva y adecuada, pero sin perder de vista los nexos inescindibles que presenta con el derecho matriz a la Seguridad Social que lo enmarca a todos los efectos.

La Observación nº. 19 el CDESC indica que el sistema de Seguridad Social debe abarcar entre las nueve ramas principales de la Seguridad Social el derecho a la salud. Así, respecto a la atención de la salud los Estados tienen la obligación de garantizar que se establezcan sistemas de salud que prevean un acceso adecuado de todas las personas a los servicios de salud. En los casos en que el sistema de salud prevé planes privados o mixtos, estos planes deben ser asequibles de conformidad con los elementos esenciales enunciados en la presente observación general. El CDESC destaca la especial importancia del derecho a la Seguridad Social en el contexto de las enfermedades endémicas, como el VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo, y la necesidad de proporcionar acceso a las medidas preventivas y curativas.

Por su parte, y con el mismo encuadramiento, el artículo 25 de la DUDH, garantiza el derecho a la salud en el marco del conjunto de derechos de la Seguridad Social. En primer lugar, indicando que "toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, *la salud* y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la *asistencia médica* y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, *enfermedad*, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. Y destacando que "la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social".

El artículo 12 del PIDESC, con toda la fuerza normativa de este instrumento internacional, garantiza el derecho social a la salud, dotándolo de un contenido sustancial en los siguientes términos: "1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención

y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad".

Haciendo reclamo de la técnica de especificación y diferenciación funcional, la Observación general nº 14, sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12), el CDESC matiza que *la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos*. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos. Además, el derecho a la salud abarca determinados componentes aplicables en virtud de la Ley. De ahí su carácter de bien primario y básico. Se destaca, igualmente, que existe un amplio conjunto de instrumentos de Derecho internacional que reconocen el derecho del ser humano a la salud. En el párrafo 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos se afirma que "toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios". El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales contiene el artículo más exhaustivo del derecho internacional de los derechos humanos sobre el derecho a la salud. En virtud del párrafo 1 del artículo 12 del Pacto, los Estados reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, mientras que en el párrafo 2 del artículo 12 se indican, a título de ejemplo, diversas "medidas que deberán adoptar los Estados Partes... a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho". Además, el derecho a la salud se reconoce, en particular, en el inciso iv) del apartado e) del artículo 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, de 1965; en el apartado f) del párrafo 1 del artículo 11 y el artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, de 1979; así como en el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, de 1989. Varios instrumentos regionales de derechos humanos, como la Carta Social Europea de 1961 en su forma revisada (art. 11), la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, de 1981 (art. 16), y el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1988 (art. 10), también reconocen el derecho a la salud. Análogamente, el derecho a la salud ha sido proclamado por la Comisión de Derechos Humanos, así como también en la Declaración y Programa de Acción de Viena de 1993 y en otros instrumentos internacionales.

Se debe destacar la interdependencia, indivisibilidad, comunicabilidad y el carácter central de este derecho dentro del sistema de derechos humanos fundamentales. En efecto, "Todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí. La comunidad internacional debe tratar los derechos humanos en forma global y de manera justa y equitativa, en pie de igualdad y dándoles a todos el mismo peso. Debe tenerse en cuenta la importancia de las particularidades nacionales y regionales, así como de los diversos patrimonios históricos, culturales y religiosos, pero los Estados tienen el deber, sean cuales fueren sus sistemas políticos, económicos y culturales, de promover y proteger todos los derechos humanos y las libertades fundamentales" (Parágrafo I.5 de la Declaración y Programa de Acción de Viena (A/CONF.157/23), aprobados en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Viena, 14-25 de junio de 1993).

De este modo el derecho a la salud está *estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos*, que se enuncian en la Carta Internacional de Derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud. Con todo, al

elaborar el artículo 12 del Pacto, la Tercera Comisión de la Asamblea General de las Naciones Unidas no adoptó expresamente la *definición de la salud* que figura en el preámbulo de la Constitución de la OMS, que concibe la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como ausencia de afecciones o enfermedades". Sin embargo, la referencia que en el párrafo 1 del artículo 12 del Pacto se hace al "más alto nivel posible de salud física y mental" no se limita al derecho a la atención de la salud. Por el contrario, el historial de la elaboración y la redacción expresa del párrafo 2 del artículo 12 reconoce que el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano.

Superando una visión abstracta del reconocimiento del derecho, el CDESC trata de precisar el contenido normativo ejemplificad r de la garantía que se confiere ex artículo 12 PIDESC. De manera que el párrafo 1 del artículo 12 define el derecho a la salud, y el párrafo 2 del artículo 12 da algunos ejemplos de las obligaciones contraídas por los Estados. El derecho a la salud no debe entenderse de modo simplista como un derecho a estar "*sano*". El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud. Para el CDESC el concepto del "más alto nivel posible de salud", a que se hace referencia en el párrafo 1 del artículo 12, tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado. Existen varios aspectos que no pueden abordarse únicamente desde el punto de vista de la relación entre el Estado y los individuos; en particular, un Estado no puede garantizar la buena salud ni puede brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano. Así, los factores genéticos, la propensión individual a una afección y la adopción de estilos de vida malsanos o arriesgados suelen desempeñar un papel importante en lo que respecta a la salud de la persona. Por lo tanto, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.

A nivel internacional, el derecho a la salud es considerado como un derecho de inclusión e integración social. El derecho a la salud es, en efecto, un *derecho inclusivo* que no sólo abarca la atención de la salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Otro aspecto importante es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional. Se le confiere al derecho un conjunto ("serie", no mera "yuxtaposición") de elementos esenciales e instrumentales, de tal modo que el derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado:

a) *Disponibilidad*. Cada Estado deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien

remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.

b) *Accesibilidad* (vinculada con la idea de la universalización). Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

- *No discriminación*: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.
- *Accesibilidad física*: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.
- *Accesibilidad económica (asequibilidad)*: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.
- *Acceso a la información*: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad

c) *Aceptabilidad*. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

d) *Calidad*. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamen e aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

Ello no obstante, la lista ex artículo 12.2 es una lista incompleta de ejemplos que sirve de orientación para definir las medidas que deben adoptar los Estados. En dicho párrafo se dan algunos ejemplos genéricos de las medidas que se pueden adoptar a partir de la definición amplia del derecho a la salud que figura en el párrafo 1 del artículo 12, con la consiguiente ilustración del contenido de ese derecho, según se señala en los párrafos siguientes. Esto, interesa subrayarlo, implica igualmente el carácter mínimo mejorable de los ámbitos prestaciones que se insertan en el contenido del derecho a la salud.

Los Estados asumen obligaciones de carácter general y de carácter específico. En cuanto a las obligaciones de carácter general puntualiza el CDESC que si bien el Pacto establece la aplicación progresiva y reconoce los obstáculos que representan los limitados recursos disponibles, también impone a los Estados distintas obligaciones de efecto inmediato. Los Estados tienen obligaciones inmediatas por lo que respecta al derecho a la salud, como la garantía de que ese derecho será ejercido sin discriminación alguna (párrafo 2 del artículo 2) y la obligación de adoptar medidas (párrafo 1 del artículo 2) en aras de la plena realización del artículo 12. Esas medidas deberán ser deliberadas y concretas e ir dirigidas a la plena realización del derecho a la salud. Aunque el Pacto dispone la aplicación progresiva y reconoce los obstáculos que representan los limitados recursos disponibles, también impone a los Estados diversas obligaciones de efecto inmediato. Los Estados tienen obligaciones inmediatas por lo que respecta al derecho a la salud, como la garantía de que ese derecho será ejercido sin discriminación alguna (párrafo 2 del artículo 2) y la obligación de adoptar medidas (párrafo 1 del artículo 2) en aras de la plena realización del artículo 12. Esas medidas deberán ser deliberadas y concretas e ir dirigidas a la plena realización del derecho a la salud. Esa realización progresiva del derecho a la salud a lo largo de un determinado período no debe interpretarse en el sentido de que priva de todo contenido significativo las obligaciones de los Estados. Antes al contrario, la realización progresiva significa que los Estados tienen la obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena realización del artículo 12

Igualmente subraya el CDESC que, del mismo modo que en el caso de los demás derechos enunciados en el Pacto, existe una fuerte presunción de que *no son permisibles las medidas regresivas adoptadas en relación con el derecho a la salud*. Si se adoptan cualesquiera medidas deliberadamente regresivas, corresponde al Estado demostrar que se han aplicado tras el examen más exhaustivo de todas las alternativas posibles y que esas medidas están debidamente justificadas por referencia a la totalidad de los derechos enunciados en el Pacto en relación con la plena utilización de los recursos máximos disponibles del Estado.

De la misma manera que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados: la obligación de *respetar, proteger* y *cumplir*. A su vez, la obligación de cumplir comprende la obligación de facilitar, proporcionar y promover. La obligación de *respetar* exige que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud. La obligación de *proteger* requiere que los Estados adopten medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías prevista en el artículo 12. Por último, la obligación de *cumplir* requiere que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud.

Respecto a las obligaciones legales específicas para los Estados, éstos tienen la obligación de *respetar* el derecho a la salud, en particular absteniéndose de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas, incluidos, los presos o detenidos, los representantes de las minorías, los solicitantes de asilo o los inmigrantes ilegales, a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos; abstenerse de imponer prácticas discriminatorias como política de Estado; y abstenerse de imponer prácticas discriminatorias en relación con el estado de salud y las necesidades de la mujer. Además, las obligaciones de respetar incluyen la obligación del Estado de abstenerse de prohibir o impedir los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales, comercializar medicamentos peligrosos y aplicar tratamientos médicos coercitivos, salvo en casos excepcionales para el tratamiento de enfermedades mentales o la prevención de enfermedades transmisibles y la lucha contra ellas. Esas excepciones deberán estar sujetas a condiciones específicas y restrictivas, respetando las mejores prácticas y las normas internacionales aplicables, en particular los Principios de las Naciones Unidas para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental. Asimismo, los Estados deben abstenerse de limitar el acceso a los anticonceptivos u otros medios de mantener la salud sexual y genésica, censurar, ocultar o desvirtuar intencionalmente

la información relacionada con la salud, incluida la educación sexual y la información al respecto, así como impedir la participación del pueblo en los asuntos relacionados con la salud. Los Estados deben abstenerse asimismo de contaminar ilegalmente la atmósfera, el agua y la tierra, por ejemplo mediante los desechos industriales de las instalaciones propiedad del Estado, utilizar o ensayar armas nucleares, biológicas o químicas si, como resultado de esos ensayos, se liberan sustancias nocivas para la salud del ser humano, o limitar el acceso a los servicios de salud como medida punitiva, por ejemplo durante conflictos armados, en violación del derecho internacional humanitario

Aparte de ello, y también en cuadro del Derecho Internacional Regional de los Derechos Humanos cabe destacar el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador" (Adoptado en Dan Salvador, El Salvador, el 17 de noviembre de 1988, en el decimoctavo período ordinario de sesiones de la Asamblea General), cuyo Artículo 10, garantiza el "Derecho a la Salud", dotándolo también de un contenido sustancial: "1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. 2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: a. la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia Sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad; b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado; c. la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; e. la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables".

Asimismo, la Carta Africana sobre los derechos humanos y de los pueblos (Carta de Banjul) (aprobada el 27 de julio de 1981, durante la XVIII Asamblea de Jefes de Estado y Gobierno de la Organización de la Unidad Africana, reunida en Nairobi, Kenya)", establece en su Artículo 16 que: "1. Todo individuo tendrá derecho a disfrutar del mejor estado físico y mental posible. 2. Los Estados firmantes de la presente Carta tomarán las medidas necesarias para proteger la salud de su pueblo y asegurarse de que reciben asistencia médica cuando están enfermos".

Pues bien en este contexto, en el Derecho Internacional Regional Europeo destaca con luz propia la Carta Social Europea, que pone de manifiesto la intención de este Tratado de *garantizar* la protección de la salud como derecho fundamental de solidaridad, tal como se configuraría después en la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea: derecho de solidaridad encuadrado en el Titulo IV de la Carta, intitulado "Solidaridad". El art.11 garantiza el "*Derecho* a la protección de la salud", identificando un contenido mínimo resistente al legislador nacional, en los términos siguientes: «Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud, las Partes se comprometen a adoptar, directamente o en cooperación con organizaciones públicas o privadas, medidas adecuadas para entre otros fines: 1. Eliminar, en lo posible, las causas de una salud deficiente. 2. Establecer servicios educacionales y de consulta dirigidos a la mejora de la salud y a estimular el sentido de la responsabilidad individual en lo concerniente a la misma. 3. Prevenir, en lo posible, las enfermedades epidémicas endémicas y otras, así como los accidentes».

Por otra parte, el art. 13 garantiza el «*Derecho a la Asistencia Social y Médica*», de nuevo, tratando de identificar un contenido mínimo de ese derecho social: «Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la asistencia social y médica, las Partes Contratantes se comprometen: 1.A velar por que toda persona que no disponga de recursos suficientes y no esté en condiciones de conseguirlo por su propio esfuerzo o de recibirlos de otras fuentes, especialmente por vía de prestaciones de un régimen de seguridad social, pueda obtener una asistencia adecuada y, en caso de enfermedad, los cuidados que exija su estado. 2. A velar por que las personas que se beneficien de tal asistencia

no sufran por ese motivo disminución alguna en sus derechos políticos y sociales. 3. A disponer lo previsto para que todas las personas puedan obtener por medio de servicios adecuados, públicos o privados, el asesoramiento y ayuda personal necesarios para prevenir, eliminar o aliviar su estado de necesidad personal o familiar. 4. Aplicar las disposiciones mencionadas en los párrafos 1, 2 y 3 del presente artículo, en condiciones de igualdad con sus nacionales, a los de las restantes Partes que se encuentren legalmente en su territorio, conforme a las obligaciones derivadas del Convenio Europeo de Asistencia Social médica, firmado en París el 1 de diciembre de 1953».

El art. 10 del Convenio OIT núm. 102, sobre Norma Mínima de Seguridad Social, garantiza -con operatividad jurídico práctica importante- un contenido mínimo de las prestaciones sanitarias: «1. Las prestaciones deberán comprender, por lo menos: a) en caso mórbido: i) la asistencia médica general, comprendida la visita a domicilio. ii) la asistencia por especialistas, prestada en hospitales a personas hospitalizadas o no hospitalizadas, y la asistencia que pueda ser prestada por especialistas fuera de los hospitales; iii) el suministro de productos farmacéuticos esenciales recetados por médicos u otros profesionales calificados; y b) en caso de embarazo, parto y sus consecuencias: i) la asistencia prenatal, la asistencia durante el parto y la asistencia puerperal prestada por un médico o por una comadrona diplomada; y ii) la hospitalización, cuando sea necesaria. 2. El beneficiario o su sostén de familia podrá ser obligado a participar en los gastos de asistencia médica recibida por él mismo en caso de estado mórbido; la participación del beneficiario o del sostén de la familia deberá reglamentarse de manera tal que no entrañe un gravamen excesivo. 3. La asistencia médica prestada de conformidad con este artículo tendrá por objeto conservar, restablecer o mejorar la salud de la persona protegida, así como su aptitud para el trabajo y para hacer frente a sus necesidades».

En el Derecho de la Unión Europea la norma de referencia es el Artículo 35. Protección de la salud CDFUE, a cuyo tenor: "*Toda persona tiene derecho a acceder a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un nivel elevado de protección de la salud humana*" (Véase artículos 1, 2, 3, 34, 37 y 38 de la Carta UE; artículo 168 del TFUE).

Adviértase que el derecho a la salud recogido en estos Textos internacionales sobre derechos humanos tiene una formulación universalista, toda vez que se atribuye a toda persona, que es coherente con la elevación del reconocimiento de la "persona" (más allá del simple "sujeto" de derecho) en los textos de valor o rango fundamental. Estos textos se sitúan en la estela de la misma configuración subjetiva que la consagrada en el art. 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, y el art.12 de Pacto Internacional ("derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental"). Lo cual pone de manifiesto, que estamos ante un derecho generalizadamente reconocido como un derecho fundamental *universalista.* Esa configuración universalista parece más inclinada hacia el modelo de sistema nacional de salud, que acogen diversos países europeos (Reino Unido, Irlanda, países nórdicos, Italia, España, Grecia y Portugal). Precisamente, este modelo destaca tanto por la universalidad subjetiva del derecho, como por el predominio de la financiación con cargo a la fiscalidad general frente a las cotizaciones sociales (propia del llamado modelo bismarckiano, que también tiene un amplio reconocimiento en los Estados miembros, como Alemania, Francia, Austria, Holanda y Bélgica). No obstante, a pesar de esa dimensión universalista apreciable en la redacción de los artículos 11 de la CSE y 35 CDFUE, resulta manifiesto que la formulación de estas disposiciones ha de merecer una textura abierta y comprensiva de los dos grandes modelos de protección de la salud. Por lo demás, interesa reparar en el hecho incontrovertido de que ambos modelos ideales típicos tienden actualmente a conflui , verificándose la fuerte orientación a conformarse en muchos casos como "modelos mixtos" que combinan la técnica del aseguramiento social (propia de la Seguridad Social Clásica de carácter contributivo-profesional) y las técnicas asistenciales universalistas (propia de la Seguridad Social Asistencialista).

Se trata del reconocimiento de un "derecho", no de un principio programático, que atribuyéndose genéricamente a la "persona" no puede quedar limitado a los "ciudadanos", siendo extensible, en principio, a todas las personas que se encuentren en el espacio europeo y requieran de atención sanitaria en cualquiera de sus manifestaciones. Es una consecuencia de su configuración como derecho social de prestación universalista de toda persona necesitada de protección de su salud (titularidad subjetiva universalista, donde cuenta ante todo el *status de persona* en situación de necesidad). El derecho a la salud es uno de los derechos fundamentales que *consideran a la persona en su dimensión existencial*. Ello no obstante, se trata de un derecho social *condicionado* a "las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales", como expresa el art. 35 CDFUE. De este modo, la invocabilidad de este derecho ante la falta de una legislación de la Unión deberá realizarse a través de la regulación específica de las legislaciones y prácticas nacionales. Precisión, ésta, que cabe relacionar con la vigencia del principio de subsidiariedad (art. 51 CDFUE). Ello no obstante, el contenido mínimo del derecho no queda diferido sin más a los Estados, porque es obligado remitirse al PIDESC, la Carta Social Europea, los Convenios de la OIT, etcétera, y asimismo a las tradiciones constitucionales comunes a los Estados miembros de la Unión (art. 53 CDFUE). En cualquier caso, conviene recordar que, con arreglo al art. 52.1 CDFUE, "cualquier limitación del ejercicio de los derechos y libertades reconocidos por la presente Carta deberá ser establecida por la ley y respetará el contenido esencial de dichos derechos y libertades. Dentro del respeto del principio de proporcionalidad, sólo podrán introducirse limitaciones cuando sean necesarias y respondan efectivamente a objetivos de interés general reconocidos por la Unión o a la necesidad de protección de los derechos y libertades de los demás". Tampoco es baladí hacer notar que "los derechos fundamentales que garantiza el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales y los que son fruto de las tradiciones constitucionales comunes a los Estados miembros formará parte del derecho de la Unión como principios generales" (art. 6.3 TUE. Cfr. Art. 52.3 y 4 CDFUE). Por otra parte, debe señalarse respecto al Consejo de Europa que el Preámbulo de la Carta Social Europea (Revisada) precisa y asume "que la Conferencia Ministerial sobre los derechos del hombre, celebrada en Roma el 5 de noviembre de 1990, subrayó la necesidad, por una parte, de preservar el carácter indivisible de todos los derechos humanos, sean civiles, políticos, económicos, sociales o culturales y, por otra parte, el dotar a la Carta Social Europea de un nuevo impulso".

Sin embargo, respecto al *contenido* del derecho social a la protección de las salud en el precepto de la Carta UE cabe constatar que -a diferencia de la regulación de la CSE- resulta demasiado escueto ("derecho a acceder a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales"), pero contiene un cláusula general relativa la *calidad ("nivel elevado de protección") y transversalidad* dentro del sistema jurídico de la Unión Europea de la protección que ha de ser dispensada, pues se indica que "al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un nivel elevado de protección de la salud humana". La redacción es análoga a la del art.12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966, a cuyo tenor "los Estados Partes en el presente pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental". De manera todavía más contundente, el Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de 1946, señala que "El disfrute del nivel de salud más elevado posible es uno de los derechos fundamentales del ser humano, sin distinción de raza, religión, creencias políticas, condición social o económica". En cualquier caso, el derecho a la salud se resuelve ante todo en un conjunto de prestaciones sociales públicas de carácter preventivo, reparador (que comprende las prestaciones farmacéuticas) y asistencial.

El derecho a la protección de la salud comprende doblemente tanto la "prevención sanitaria" como la "atención sanitaria". Por otra parte, en una interpretación sistemática de este derecho de solidaridad, no se trata sólo de dispensar una asistencia sanitaria eficiente (prestación técnica de servicios preventivos y reparadores), sino también, en su dimensión preventiva y precautoria

socialmente causal de crear -en sentido político jurídico- las condiciones para que la salud de las personas quede efectivamente garantizada (artículo 11 CSE). En efecto, entre los fines enunciados *con textura abierta* ("entre otros fines", dice el art. 11 CSE) se insiste particularmente en esa dimensión preventiva: en primer lugar, incidiendo sobre las causas ("1.eliminar, en lo posible, las causas de una salud deficiente" , destacando el papel de la educación y el sentido de la responsabilidad individual ("2.establecer servicios formativos y de consulta dirigidos a la mejora de la salud y a estimular el sentido de responsabilidad individual en lo concerniente a la misma") y, en fin, explícitamente realzando la orientación de las políticas de salud y las organizaciones implicadas hacia la prevención de enfermedades y accidentes ("3.prevenir, en lo posible, las enfermedades epidémicas, endémicas y otras, así como los accidentes").

Por otra parte, esta idea fuerza debe de conectarse con la misma transversalidad de la garantía del derecho en el conjunto integrado de todas las políticas y acciones normativas e institucionales de la Unión, como se impone deducir del art.35, inciso 2º, de la Carta ("Al definirse y ejecutarse *todas* las políticas y acciones de la Unión se garantizará un nivel elevado de protección de la salud humana"). Por tanto el derecho a la protección de la salud en la ratio del art.35 CDFUE tiene que merecer una lectura amplia que abarque, de modo diferenciado aunque interdependiente, tanto el derecho a las prestaciones sanitarias públicas, como el derecho de las personas a que los poderes públicos establezcan medidas de salubridad pública general. Con todo, el derecho a la protección de la salud ex art.35 CDFUE tiene una dimensión heterogénea y compleja en cuanto a sus contenidos, pues no queda limitado al derecho a la asistencia sanitaria (el cual es, sin embargo, especialmente realzado en el primer inciso del dicho precepto), extendiéndose a la esfera más genérica de la "salud pública" que atiende también a las condiciones sociales, ambientales y espaciales como factores determinantes de la buena salud en una sociedad civilizada (objeto de preferente atención del segundo inciso del mismo).

El derecho a la protección de la salud es un derecho social fundamental *de desmercantilización* de los modos de satisfacción del conjunto de las necesidades a él vinculadas y de carácter primario (derecho fundamental básico), constituyendo el presupuesto básico no sólo para una vida digna de la persona, sino también para el pleno ejercicio de todos sus derechos fundamentales y debe conferir la autonomía necesaria para una participación activa de la persona en una sociedad democrática. En este sentido, la cobertura de las necesidades básicas -como la misma salud y atención sanitaria- es un elemento condicionante del conjunto de los derechos fundamentales. Es la salud -garantizada como derecho- una base primordial hacia la vida buena. En este sentido, este derecho debe conectarse también con el ambiente de trabajo y los derechos correspondientes, señaladamente con el "Derecho a unas condiciones de trabajo equitativas (artículo 2 CSE) y especialmente con el "Derecho a la seguridad e higiene en el trabajo" (artículo 3 CSE).

En un sentido subjetiva y objetivamente más amplio el artículo 35 CDFUE debe ponerse en conexión con el derecho proclamado ex art. 3 de la CDFUE (que lleva por rúbrica, "Derecho a la integridad de la persona"), a cuyo tenor: "Toda persona tiene derecho a su integridad física y psíquica". De ahí se infiere que las políticas de salud tienen que poner límites precisos a la esfera del mercado a través de medidas de desmercantilización y determinación de "intercambios obstruidos". Tiene, pues, una lógica de *"propiedad social"* públicamente organizada, frente a la lógica individualista propietaria que impera en el ámbito mercantil de la salud. Ello impone a los poderes públicos la indicación de límites al mercado en la esfera sanitaria y, en general y más ampliamente, de la salud pública. El derecho a la salud impone a los poderes públicos la obligación de que, en vía jurídica y de política del Derecho, garanticen efectivamente los servicios, las prestaciones y los cuidados exigidos para la satisfacción plena de este derecho social de solidaridad. Para ello es necesario hacer *prevalecer* -aunque no ignorarla- la racionalidad social sobre la racionalidad estrictamente económica (vinculada al "gasto sanitario") que coexisten inevitablemente en la materia relativa a la salud. Lo que constituye un límite intrínseco respecto a la preocupante tendencia actual a convertir el derecho a la salud en una

especie de derecho fuertemente "condicionado" a través de distintos cauces (vinculados mayormente a las estrategias de "contención" o "reducción" del gasto público en materia de salud). Pero los límites se imponen tanto a los particulares como a los poderes públicos. Ello resulta especialmente relevante en lo que se refiere a la práctica de la medicina y la biología, respecto de la cual el aludido art. 3.2 de la Carta establece que "se respetará en particular: a) el consentimiento libre e informado de la persona de que se trate, de acuerdo con las modalidades establecidas en la ley; b) la prohibición de las prácticas eugenésicas, en particular las que tienen como finalidad la selección de las personas; c) la prohibición de que el cuerpo humano o partes del mismo en cuanto tales se conviertan en objeto de lucro; d) la prohibición de la clonación reproductora de seres humanos". Confirmando que este derecho a la integridad de la persona es un derecho *absoluto* (que no debe confundirse nunca con "ilimitado" o "incondicionado") desde el punto de vista técnico-jurídico. En esa concepción integral de la persona, que se resuelve en el respeto total de la persona en su dimensión corporal y psíquica y de la salvaguarda de su derecho de autoderminación, frente a la pretensión autoritaria de restablecer un suerte de "poder biopolítico" (por definición "externo" a la persona: poder político, poder del mercado o incluso poder médico) sobre la vida humana.

Por lo demás, como señala el art.12.2.d) del Pacto Internacional, los Estados nacionales deben garantizar las "condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad". Por tanto, este derecho a la protección de la salud impone un comportamiento institucional activo por parte de los poderes públicos para la predisposición de los servicios y medidas preventivas frente al surgimiento de los riesgos sobre la salud. Se trata de una obligación que recae sobre los Estados de mantener un sistema de asistencia sanitaria pública. Esta normativa internacional resulta especialmente pertinente ante la configuración de las sociedades contemporáneas como "sociedades del riesgo", y su versión actual como "sociedad del riesgo global" (U. Beck), de manera que determinados riesgos para la vida humana adquieren una dimensión planetaria o global (lo cual fue ya percibido por H. Jonás).

No debe desconocerse que la salud y en particular la asistencia sanitaria constituyen una de las prestaciones específicas de Seguridad Social, y por tanto inextricablemente vinculada con el derecho a la Seguridad Social en la normativa internacional y europea tanto en el artículo 12 de la CSE ("Derecho a la Seguridad Social) como en el artículo 34 de la CDFUE (Derechos a la Seguridad Social y a la Ayuda Social, que inmediatamente le precede en su ubicación sistemática). Esto no queda neutralizado por el dato normativo de que tenga un reconocimiento específico, precisamente para reforzar su tutela dentro del Sistema jurídico, y del hecho de que se venga construyendo en prácticamente todos los países de la Unión comparables con el nuestro un diferenciado sistema administrativo institucional de protección de la salud (Sistema Nacional de Salud), al igual que está ocurriendo respecto a la protección por desempleo (Sistema Nacional de Empleo y Protección por desempleo), a la protección de las situaciones pensionables (Sistema Público de Pensiones), o incluso a la protección de las situaciones de dependencia (Sistema Nacional de Dependencia). En este sentido, no debe confundirse lo que es Seguridad Social y su alcance jurídico-material del sistema institucional predispuesto para organizar su protección pública dentro del ordenamiento jurídico. Esa "pertenencia" y "encuadramiento" lo es también en el ordenamiento jurídico de la Unión, pues el propio art. 34.1 CDFUE establece que "La Unión reconoce y respeta el derecho a las prestaciones de seguridad social y a los servicios sociales que garantizan una protección en casos como la maternidad, *la enfermedad…"*; y, en coherencia, como se infiere de las Normas de coordinación europea de la Seguridad Social. La asistencia sanitaria es uno "de los derechos de la Seguridad Social" en el sentido del artículo 12 CSE ("Derecho a la Seguridad Social"), en relación con su especificación en los artículos 11 y 13 del mismo instrumento normativo de Derecho europeo.

En todo caso, las condiciones específicas de ejercicio del derecho corresponde a los Estados nacionales como señala el artículo 35 CDFUE: "en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales". En este ámbito, como en general respecto a otros ámbitos y prestaciones

de la Seguridad Social, se deja sentir la ausencia de una legislación europea armonizadora, pues, a parte de su consagración en la Carta, la ordenación de la Unión se limita a realizar un regulación de coordinación de los sistemas nacionales de salud, en el marco de la coordinación general de la Seguridad Social a nivel de la Unión. La no asunción de competencias en la materia por parte de la Unión (como opción de la política de la Unión, ya que es posible a través de los procedimientos previstos en el *Sistema* de los Tratados de la Unión Europea), limita significativamente la protección por la Unión de este derecho a la protección de la salud. Esta opción de política del Derecho de la Unión Europea, es reflejo de una opción por un *garantismo débil* de este derecho social fundamental en el marco de la Unión (a diferencia del garantismo fuerte que inspira, significativamente, a la Carta Social Europea del Consejo de Europa). En cualquier caso, esto no significa que los Estados miembros dispongan de un poder ilimitado para regular este derecho, pues aparte de los criterios genéricamente delimitados en el art. 35 CDFUE, debe atenderse a los límites que se infieren respecto al ejercicio del sistema de derechos dentro del sistema jurídico de la Unión: como el principio de libre circulación de personas, el principio de no discriminación; el principio de dignidad de la persona como derecho absoluto, etcétera. Por tanto, no se trata sólo de atender a la lógica de la racionalidad instrumental del principio de libre circulación (en esa lógica subyacente, el TJUE ha realizado aportaciones relevantes para la garantía del derecho a la prevención y atención sanitaria dentro del espacio geopolítico de la Unión, v.gr., SSTJUE 12 de julio de 2001, *Smits y Peerbooms,* C-157/99, Rec., p. I-5473, apartados 44-46; 16 de mayo de 2006, *Watts,* C-372/04, Rec., p. I-4325, apartado 92; 19 de abril de 2007, *Stamatelaki,* C-444/05, Rec., p. I-3185), sin el cual no sería posible construir ni funcionar el mercado interior comunitario, sino también de respetar los derechos fundamentales de la persona en el espacio europeo. No está de más afirma , con el art. 28 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos que "toda persona tiene derecho a que se establezca un orden social e internacional en el que los derechos proclamados en esta Declaración se hagan plenamente efectivos".

La segunda frase del artículo 35 CDFUE reproduce el apartado 1 del art. 168 TFUE. Y, en efecto, su redacción es prácticamente idéntica, a saber: "Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un nivel elevado de protección de la salud humana". Pero, como puede ya observarse por su misma ubicación sistemática (centro del Título XIV, dedicado a la regulación de la "Salud Pública"), este artículo va más allá de la asistencia sanitaria -en sus dimensiones preventiva y reparadora- para comprender la más amplia y genérica materia de la "Salud pública". No estamos, pues, ante la asistencia sanitaria en sentido estricto. Esta distinción es nítida cuando se separa en títulos separados esta materia de la relativa a la "política social" (a la que se dedica el Título X). En el mismo art. 4 TFUE -regulador del sistema de atribución de competencias- establece esa separación en apartados diferenciados: el apartado 4.2.b) para la política social, el apartado 4.2.k) respecto a "los asuntos comunes de seguridad en materia de salud pública, en los aspectos definidos en el presente Tratado". La "salud pública" tiene una dimensión compleja: se enmarca dentro del valor de la solidaridad, pero no sólo conecta con los derechos sociales propiamente dichos (el derecho a la asistencia sanitaria lo es en rigor técnico), sino también con los derechos de la "cuarta generación" (derechos ecológicos; derecho al desarrollo, etcétera), estando dotado de una titularidad "difusa".

Adviértase que en el último inciso del artículo 35 CDFUE, sí estamos ante la consagración de un *principio de transversalidad* a observar en todas las políticas y acciones de la Unión. Esa transversalidad opera un *principio de competencia compartida,* pues a tenor del art.4.2.k) TFUE constituye una competencia compartida entre la Unión y los Estados miembros todos "los asuntos comunes de seguridad en materia de salud pública, en los aspectos definidos en el presente Tratado". Ese carácter compartido es delimitado genéricamente en el art.6.a) TFUE cuando precisa que "La Unión dispondrá de competencia para llevar a cabo acciones con el fin de apoyar, coordinar o complementar la acción de los Estados miembros. Los ámbitos de estas acciones serán, en su finalidad europea: (…) a) la protección y mejora de la salud humana". Por tanto, la legislación europea podrá estar encaminada, ampliamente, a "apoyar, coordinar o complementar la acción" de los países

miembros. Lo que significativa que, sin perjuicio, de estas iniciativas de la Unión, la materia relativa a la "salud pública" es de competencia *principal* -pero no exclusiva- de los Estados nacionales. Como ocurre, por cierto, con el ámbito de la política social, esa atribución y distribución competencial no permite a la Unión establecer una política propia común y general de salud pública, al estar limitada su competencia con carácter instrumental en relación subordinada con la de los Estados miembros.

No obstante, la competencia de "completar la acción de los Estados miembros" pudiera autorizar a establecer una legislación que trate de salvar los problemas de articulación coherente que puedan plantearse -incluso para el mismo mercado interior- como consecuencia de la excesiva fragmentación de las legislaciones nacionales. "Completar" la acción de los Estados nacionales no tiene por qué suponer necesariamente una subordinación a la acción de los mismos. En todo caso, como se establece en el art.168.7 TFUE, "la acción de la Unión en el ámbito de la salud pública *respetará las responsabilidades de los Estados miembros por lo que respecta a la definición de su política de salud, así como a la organización y prestación de servicios sanitarios y atención médica*. Las responsabilidades de los Estados miembros incluyen la gestión de los servicios de salud y de atención médica, así como la asignación de los recursos que se destinan a dichos servicios…".

El legislador constituyente de la Unión tiene un especial empeño en diseñar los fines de la intervención de la Unión en materia de sanidad pública. En primer lugar, en una perspectiva general, se dispone que "la acción de la Unión, que complementará las políticas nacionales, *se encaminará* a mejorar la salud pública, prevenir las enfermedades humanas y evitar las fuentes de peligro para la salud física y psíquica. Dicha acción *abarcará* la lucha contra las enfermedades más graves y ampliamente difundidas, apoyando la investigación de su etiología, de su transmisión y de su prevención, la información y la educación sanitaria, así como la vigilancia de las amenazas transfronterizas graves para la salud, la alerta en caso de tales amenazas y la lucha contra ellas". Por otra parte, se indica que "la Unión complementará la acción de los Estados miembros dirigida a reducir los daños a la salud producidos por las drogas, incluidas la información y la prevención" (art.168.1 TFUE).

En un plano más concreto, la legislación comunitaria contribuirá a la consecución de los objetivos de protección de la salud pública estableciendo un conjunto de *medidas específicas* para hacer frente a los problemas comunes de seguridad: a). medidas que establezcan altos niveles de calidad y seguridad de los órganos y sustancias de origen humano, así como de la sangre y derivados de la sangre; esas medidas no impedirán a ningún Estado miembro mantener o introducir medidas de protección más estrictas; b). medidas en los ámbitos veterinario y fitosanitario que tengan como objetivo directo la protección de la salud pública; y c). medidas que establezcan normas elevadas de calidad y seguridad de los medicamentos y productos sanitarios (art. 168.4 TFUE).

Junto a estas intervenciones de acción directa, la Unión debe realizar una doble actividad de cooperación y de fomento destinada a proteger y mejorar la salud humana. Respecto a la primera la Unión fomentará la cooperación entre los Estados miembros, y fomentará la coordinación, para lo cual podrá adoptar iniciativas útiles, en particular iniciativas tendentes a establecer orientaciones e indicadores, organizar el intercambio de mejores prácticas y preparar los elementos necesarios para el control y la evaluación periódicos. Esa actividad cooperativa incidirá también en la cooperación con terceros países y las organizaciones internacionales competentes en materia de salud pública (art.168.2 TFUE). En lo que concierne a la actividad de fomento, la Unión podrá adoptar medidas de fomento destinadas a proteger y mejorar la salud pública y, en particular, a luchar contra las pandemias transfronterizas, así como medidas que tengan directamente como objetivo la protección de la salud pública en lo que se refiere al tabaco y al consumo excesivo de alcohol, con exclusión de toda armonización de las disposiciones legales y reglamentarias de los Estados miembros. Se podrá igualmente adoptar recomendaciones para los fines establecidos de garantizar un alto nivel de protección de la salud humana (art.168.5 y 6 TFUE).

El desarrollo del marco normativo fundamental de la Unión en esta materia, ha conducido, por el momento, a un tipo de intervención comunitaria débil, a través de instrumentos de "derecho blando" que concretan en cada momento la estrategia de la Unión en materia de política de salud pública. Así, de modo destacado, la Comunicación de la Comisión Europea, "Libro Blanco. Juntos por la Salud: un planteamiento estratégico para la Unión Europea (2008-2013)", Bruselas, 23 de octubre de 2007, COM(2007) 630 final. De esta estrategia es de realzar su enfoque integral y la pretensión de llevar a cabo el principio de transversalidad en la protección de la salud en todas las políticas y acciones de la Unión. Esa lógica integral se percibe en una perspectiva mucho más amplia respecto al conjunto de los derechos sociales en la Resolución del Parlamento Europeo, de 19 de enero de 2017, sobre "Un pilar europeo de derechos sociales" [2016/209(INI)].

El punto de partida de esa estrategia europea es que la salud, como cuestión central en la vida de los ciudadanos, ha de ser objeto de políticas y acciones efectivas en los Estados miembros, a nivel de la Unión Europea y a escala mundial. Ahora bien, se declara expresamente que ha de observarse el principio de subsidiariedad en la regulación de esta materia: Los Estados miembros son los principales responsables de la política sanitaria y la prestación de atención sanitaria a los ciudadanos europeos. Pero la Unión tiene que completar las políticas nacionales, pues existen ámbitos en los que la exclusiva acción de los Estados miembros no sería eficaz, haciéndose pues indispensable una cooperación a nivel europeo. Es el caso de las grandes amenazas para la salud y de ciertas cuestiones que tiene un impacto transfronterizo o internacional, como las pandemias y el bioterrorismo, así como aquellas relacionadas con la libre circulación de mercancías, servicios y personas. Por tanto, la realización de esta tarea exige una acción a escala europea e internacional. En tal sentido, el art. 168.1 TFUE establece que "al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana".

El enfoque transversal se impone ya en el sistema interno del Tratado, toda vez que la salud es tomada en consideración en los preceptos relativos, entre otras materias, al mercado interior, el medio ambiente, la protección de los consumidores, los asuntos sociales -incluidas la salud y la seguridad de los trabajadores-, la política de desarrollo y la investigación. La Comisión Europea, en el referido "Libro Blanco", hace notar la existencia de un conjunto de retos para la salud de la población, cada vez más acuciantes, que requieren un nuevo planteamiento estratégico: la evolución demográfica, incluido el envejecimiento de la población, que está cambiando los patrones patológicos y pesa sobre la sostenibilidad de los sistemas sanitarios de la Unión Europea; las pandemias, los incidentes físicos y biológicos graves y el bioterrorismo suponen acuciantes amenazas potenciales para la salud. El cambio climático está en el origen de nuevos patrones de enfermedades contagiosas; 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. La Comisión Europea establece una estrategia de largo alcance basada en una serie de "principios fundamentales" de la acción en materia de salud: 1º. Una estrategia basada en valores sanitarios compartidos (aceptando como valores esenciales: la universalidad, el acceso a una atención sanitaria de calidad, la equidad y la solidaridad, debiéndose incluir la reducción de desigualdades sanitarias entre regiones, entre Estados miembros y dentro de los mismos, así como a escala mundial); 2º. La centralidad de la salud para el bienestar de la persona y la prosperidad de la sociedad, de manera que no se debe percibir el gasto sanitario exclusivamente en términos de coste, pues se trata también de una inversión de futuro; 3º. La salud en todas las políticas, pues la salud de la población no es sólo un asunto de una política sanitaria aislada (otras políticas europeas son también determinantes en este sentido, como la política regional y de medio ambiente, la fiscalidad del tabaco, la reglamentación de los productos farmacéuticos y los productos alimenticios, la salud animal, la investigación y la innovación en el ámbito de la salud, la coordinación de los regímenes de Seguridad Social, la sanidad en la política de desarrollo, la salud y la seguridad en el trabajo, la protección contra la radiación, y la coordinación de las agencias y servicios que regulan

las importaciones); 4º. Reforzar la voz de la Unión Europea en el ámbito de la salud a nivel mundial, dada la realidad de un mundo globalizado.

Con la observancia de esos valores compartidos, la política sanitaria a escala europea debe promover la salud en una Europa que envejece, proteger a las personas frente a las amenazas y favorecer la sostenibilidad. Respecto a la puesta en práctica de la Estrategia, el sistema de los Tratados atribuye a la Unión una responsabilidad específica en la materia y la protección de la salud, pero también en la potenciación de la cooperación en este ámbito de la salud. Pero los países miembros deben participar activamente y cooperar en esa puesta en práctica atendiendo a las responsabilidades que le incumben en materia de salud a nivel local, regional y nacional y de la necesidad de respetar el principio de subsidiariedad.

El segundo programa de acción comunitario en el ámbito de la salud (2008-2013), fue creado por la Decisión núm. 1350/2007/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 23 de octubre de 2007. Por su parte, la Decisión 2004/858/CE de la Comisión, creó la "Agencia ejecutiva para el programa de salud pública", encargada de la gestión de la acción comunitaria en el ámbito de la salud pública, en aplicación del Reglamento (CE) núm.58/2003 del Consejo. El segundo Programa de Salud tiene como objetivo completar, apoyar y añadir valor a las políticas de los Estados miembros y contribuir a una mayor solidaridad y prosperidad en la Unión. La Decisión de la Comisión Europea 2009/158/CE, de 23 de febrero de 2009, aprueba el plan de trabajo de 2009 para la aplicación del segundo programa de acción comunitario en el ámbito de la salud (2008-2013). [En el marco del Segundo Programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud (2008-2013), se publicó la licitación «Salud - 2013». Cfr. COMISIÓN EUROPEA Licitación 2013 Segundo Programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud (2008-2013) (2012/C 394/13)]

Estas intervenciones ponen de manifiesto que la Unión se atiene al carácter complementario de sus competencias en materia de salud, con base en las reglas de atribuciones competencial y a la aplicación estricta del principio de subsidiariedad. Sin embargo, sería necesario establecer una completa política europea en materia de salud pública, yendo más allá de una simple estrategia de complementación y coordinación como la existente. Esto sólo será posible con un nuevo marco normativo que permita establecer, superando los límites actuales, una política común europea en materia de salud, que, como tal, no estaría limitada por su carácter complementario y subsidiario en relación a la acción de los países miembros. Ese nuevo marco debería permitir la promulgación de medidas mínimas de armonización europea de las disposiciones legales y reglamentarias de los Estados miembros, sin perjuicio de que se respete la esfera de responsabilidad atribuida a los mismos.

3. MODELOS DE PROTECCIÓN DE LA SALUD EN EUROPA: TENDENCIAS EN EL DESARROLLO DE LOS SISTEMAS SANITARIOS EUROPEOS

Debe advertirse que la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea lo que pretendía ante todo es establecer un zócalo o núcleo mínimo de garantía del "Derecho a la protección de la salud" (artículo 11 en relación con el artículo 13 de la CSE). Estaba muy lejos de toda idea de homogeneizar o armonizar las legislaciones de los Estados signatarios del Tratado que constituye la Carta. El legislador del Consejo de Europa era plenamente consciente de la diversidad de modelos de atención a la salud y de asistencia sanitaria existente en la cultura jurídica de los Estados Parte del Tratado. Con todo, no se olvide que esta regulación específica se inserta en un instrumento jurídico (la CSE) que se consideró -y aún puede considerarse- como la auténtica "constitución social europea", dadas las limitaciones del, aun así, importante instrumento que constituye la CDFUE.

Al respecto, es necesario recordar que inicialmente la construcción europea se forjó sobre la base de la cooperación -y no de la integración- en materia de Seguridad Social. De este modo, la opción no ha sido la armonizadora mediante la regulación de normas sustantivas sobre esta materia, por lo que los Estados miembros asumen la competencia exclusiva en la regulación del sistema de

prestaciones de Seguridad Social. Es lo cierto que la normativa internacional reguladora de garantías mínimas en esta materia (derechos sociales de Seguridad Social y Asistencia Sanitaria) continúa realizándose ante todo a través de otros instrumentos jurídicos internacionales extracomunitarios: los Convenios de la OIT (especialmente el convenio OIT, núm.102, de 1952, relativo a la norma mínima de la Seguridad Social), la Carta Social Europea, firmada en Turín el 18 de octubre de 1961 (y su versión revisada, hecha en Estrasburgo el 3 de mayo de 1996) y el Código Europeo de Seguridad Social del Consejo de Europa (de 16 de abril de 1964, revisado el 6 de noviembre de 1990), verdadera norma de mínimos en materia de Seguridad Social Europea. Es de señalar que, al menos, se dispone de un instrumento fundamental de reconocimiento de los derechos sociales en el marco del sistema normativo de derechos fundamentales de la Unión. Se trata, evidentemente, de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, la cual ha sido juridificada al máximo nivel, tras el reconocimiento de su carácter jurídicamente vinculante (artículo 6 del TUE)[3]. A los efectos que aquí interesan, cabe realzar -nuevamente- que el artículo 34 de la Carta consagra el derecho a la "Seguridad Social y la ayuda social", en tanto que el artículo 35, aquí estudiado, garantiza la "protección de la salud". Ello no obstante, el propio el artículo 6.1 del TUE, matiza que "las disposiciones de la Carta no ampliarán en modo alguno las competencias de la Unión tal como se definen en los Tratados. Los derechos, libertades y principios enunciados en la Carta se interpretarán con arreglo a las disposiciones generales del Título VII de la Carta por las que se rige su interpretación y aplicación y teniendo debidamente en cuenta las explicaciones a que se hace referencia en la Carta, que indican las fuentes de dichas disposiciones". Por lo cual será difícil que, en la práctica, se aprueben normas armonizadoras en materia de Seguridad Social y Asistencia Sanitaria. Todos estos instrumentos jurídicos internacionales y comunitarios representan una fuerza proclive a una mayor homogeneización europea de la Seguridad Social y de la Asistencia Sanitaria.

Y, sin embargo, sería ya necesario establecer un conjunto de normas mínimas de armonización comunitaria de los regímenes de Seguridad Social. Laguna, ésta, importante porque en no pocas ocasiones los instrumentos de simple coordinación comunitaria se muestran decididamente insuficientes para alcanzar una racionalización comunitaria de los sistemas nacionales de Seguridad Social existentes en los países miembros de la Unión. De ahí el amplio juego que en esta materia tiene el principio de subsidiariedad, que supone encomendar esta materia a la competencia de las legislaciones nacionales, salvo en lo que sea preciso porque los Estados no puedan alcanzar los fines perseguidos. Es así que la Unión actuará cuando su acción supone un valor añadido respecto a las acciones que estén en condiciones de realizar los Estados nacionales. En efecto, conforme al artículo 5.3 del TUE, "en virtud del principio de subsidiariedad, en los ámbitos que no sean de su competencia exclusiva, la Unión intervendrá sólo en caso de que, y en la medida en que, los objetivos de la acción pretendida no puedan ser alcanzados de manera suficiente por los Estados miembros, ni a nivel central ni a nivel regional y local, sino que puedan alcanzarse mejor, debido a la dimensión o a los efectos de la acción pretendida, a escala de la Unión"[4]. En lugar de la convergencia por la armonización se fomenta la convergencia a través de los objetivos perseguidos. Ello supone aceptar tan solo la creación de soluciones comparables en los diferentes sistemas nacionales de Seguridad Social en el marco de un modelo social europeo diverso y plural. La orientación considerada viable es hacia la convergencia en los objetivos que se debieran fijar los Estados miembros a partir de la década de los noventa. Se asume la existencia de principios comunes regulativos (estructuras entorno a las ideas de solidaridad y de justicia social), pero también la subsistencia de distintos modelos nacionales

[3] "La Unión reconoce los derechos, libertades y principios enunciados en la Carta de los Derechos Fundamentales de 7 de diciembre de 2000, tal como fue adaptada el 12 de diciembre de 2007 en Estrasburgo, *la cual tendrá el mismo valor jurídico que los Tratado*" (art.6.1 TUE).

[4] En dicho precepto se añade, igualmente, que "Las instituciones de la Unión aplicarán el principio de subsidiariedad de conformidad con el Protocolo sobre la aplicación de los principios de subsidiariedad y proporcionalidad. Los Parlamentos nacionales velarán por el respeto del principio de subsidiariedad con arreglo al procedimiento establecido en el mencionado Protocolo" (art.5.3 TUE).

de Seguridad Social. Lo cual se traduce en aceptación de significativas diferencias de financiación, gestión y régimen de prestaciones dispensadas.

En este sentido aunque el objetivo central de los Reglamentos comunitarios de coordinación consiste en la supresión en el ámbito de la Seguridad Social de los obstáculos que se oponen a la libre circulación de las personas dentro de la Unión Europa (como factor de integración económica), el derecho a la protección social acaba por acoger los principios fundamentales de la Unión Europea. Especialmente, considerando que la evolución de la Unión "resultará tanto del funcionamiento del mercado interior que favorecerá la armonización de los sistemas sociales, como de los procedimientos previstos en los Tratados y de la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas" (artículo 151 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea), por un lado, y, por otro, que al precisar, igualmente, que "para la consecución de los objetivos del artículo 151.1 del TFUE, la Unión apoyará y completará la acción de los Estados miembros", entre otros, en el ámbito de "la Seguridad Social y la protección de los trabajadores" (apartado "c)"), procurando también "la modernización de los sistemas de protección social" (apartado "k)").

Ciertamente, un análisis atento a las prácticas regulativas de la coordinación comunitaria de la Seguridad Social y de la Asistencia Sanitaria, en particular, pone de manifiesto que en no pocos aspectos se ha producido un desbordamiento de los fines exclusivos de coordinación previstos expresamente en las normas reglamentarias de coordinación comunitaria, pues en virtud de la lógica de la eficiencia, la mutua colaboración y experiencias (e incluso de la misma aplicación del principio de subsidiariedad positiva ex art.5.3 del TUE), *se ha acabado por introducir ciertos criterios de convergencia armonizadora* de los regímenes nacionales de Seguridad Social y Asistencia Sanitaria. La coordinación comunitaria ejerce una inevitable -positiva y deseable- fuerza de presión sobre una relativa "convergencia" funcional de los Sistemas Nacionales de Seguridad Social y Asistencia Sanitaria, en particular.

Resulta así que *no existe -y de momento no hay intención de crearlo- un Modelo Europeo de Asistencia Sanitaria* (como resulta obvio que tampoco existen a escala universal), proveniente del Derecho Social de la Unión Europea (como tampoco, como se acaba de decir, del Derecho Social del Consejo de Europa). Los reglamentos de coordinación comunitaria respetan el principio de competencia (y bajo el primado del principio de subsidiariedad en la intervención de la regulación europea) en virtud del cual los países miembros de la Unión organizan libremente las prestaciones y la gestión de la Asistencia Sanitaria, limitándose las instancias comunitarias a coordinar y subsidiariamente completar la acción de los Estados. Esta diversidad de modelos nacionales plantea numerosos problemas para articular la propia coordinación comunitaria por objetivos a perseguir.

El estudio atento de los sistemas nacionales de asistencia sanitaria revela la existencia de peculiaridades importantes en todos los aspectos fundamentales de la asistencia sanitaria europea. No es de extrañar que cada país miembro mantenga peculiaridades significativas en los atinente al catálogo de prestaciones dispensadas (bien sea un sistema de lista de prestaciones o de cláusula general), el sistema de gestión directa (Reino Unido, España, Noruega Irlanda, Portugal o Suecia, etcétera) o indirecta (Luxemburgo, Bélgica, Alemania, Francia, Países Bajos, Austria, etc.). En los sistemas de gestión directa es posible diferenciar aquellos modelos de gestión descentralizada (Italia, España, Dinamarca, Portugal, Finlandia, Islandia, Suecia) y los que optan formas centralizadoras (Reino Unido). En el sistema de gestión indirecta, la diversidad está también servida pues puede hacerse reclamo de las técnicas del concierto (Alemania y Países Bajos) o de reembolso (Bélgica y Luxemburgo).

Esa diversidad de modelos -que obedecen a distintas tradiciones culturales, y no sólo de culturas "jurídicas", y prácticas nacionales- también se detecta respecto al régimen de financiación, que, aunque en términos generales se configura como público (constatada su persistente eficiencia), se ha extendido -por razones de racionalización financiera- a las formas de copago, que suponen las

aportaciones de los sujetos beneficiarios al coste de las prestaciones sanitarias recibidas. Aun así, las diferencias existen también entre los países que adoptan esta forma de co-financiación atendiendo a la diversidad que se aprecia en sus formas de realización o materialización y su cuantía. Es muy frecuente que el copago se realice respecto de ciertas prestaciones o servicios sanitarios generadores de un coste individualizable significativo. Así, por ejemplo, la participación del beneficiario en el coste de las prestaciones farmacéuticas (medicamentos, prótesis, etc.) y la asistencia sanitaria odontológica está muy generalizada en prácticamente todos los Estados miembros.

Tales diferencias evidencian la inexistencia de un modelo uniforme u homogéneo de Asistencia Sanitaria Europea. Por ello tan sólo se pueden utilizar clasificacione instrumentales, de valor relativo, pero útiles para la sistematización y llevar a cabo el análisis comparatista de políticas del Derecho y de técnicas jurídicas utilizadas. En este sentido un criterio que se muestra especialmente útil y fructífero en sus resultados es el que atiende al sistema de financiación porque no sólo es capaz de incidir sobre la ya determinante esfera de la financiación (al tiempo, la asistencia sanitaria es un sistema de seguridad económica), sino que a través de él es posible la reconstrucción conexa y consecuencial de los diversos modos de satisfacción de las prestaciones sanitarias y otros aspectos relevantes del sistema institucional imperante en cada Estado miembro. Siendo consciente de la simplificación, es posible distinguir entre dos grupos funcionales, a saber: los sistemas de financiación de base impositiva o fiscal, por un lado, y por otro, los sistemas basados en las cotizaciones sociales vinculadas a un régimen de aseguramiento o previsión social.

1º). En cuanto a los Sistemas Sanitarios de Financiación Pública de base impositiva o fiscal, cabe decir que es el imperante en una gran parte de países europeos de gran importancia en la Unión Europea (España, Dinamarca, Chipre, Estonia, Finlandia, Irlanda, Italia, Letonia, Noruega, Portugal y Reino Unido). La fuente de financiación del gasto público en sanidad son los Presupuestos Generales del Estado (con particularidades en los "Estados compuestos"), que establecen las correspondientes previsiones de gasto en servicios sanitarios. Aunque su base es el modelo de financiación, en la práctica ello se hace acompañar por una preferencia por la gestión directa de los servicios sanitarios dispensados. Esta gestión directa puede (y suele) hacerse acompañar de formas de prestación descentralizada territorialmente (entidades regionales, autonómicas y locales). En estos sistemas la publificación se traduce tanto en el reforzamiento de la organización planificada como en una aceptación limitada de la libertad de elección de centro sanitario o de médico.

Estamos ante un típico modelo sanitario nacional de salud, que encuentra su paradigma en el modelo diseñado por Beveridge, orientado hacia la universalidad subjetiva y con fuerte inclinación hacia el monopolio en la organización y gestión del servicio público sanitario. Es necesario reparar en el hecho de que en materia de Asistencia Sanitaria ha existido una fuerte tendencia en los países europeos a transitar del tradicional seguro obligatorio de enfermedad al Sistema Nacional de Salud[5].

[5] Resulta paradigmático el modelo de nuestro país, con la formación del Sistema Nacional de Salud y la orientación legislativa hacia la universalización subjetiva. Cfr. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, y el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Aunque el modelo ha sufrido reformas regresivas posteriores a través de la legislación de "emergencia". Así, señaladamente, el RDL 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, el cual opera un desplazamiento vertical del derecho a la salud como derecho de ciudadanía social generalizado a un derecho social condicionado por la condición de ser asegurado o beneficiario. Puede consultarse la legitimadora STC, Pleno, 139/2016, de 21 de julio, con relevantes Votos particulares (el Magistrado Valdés Dal-Rè, con la adhesión de Asua Batarrita; aparte del otro Voto particular del Magistrado Xiol Ríos). Para el criterio dominante del Alto Tribunal es constitucional la introducción por el RDL 16/2012 de los conceptos de asegurador y beneficiario del Sistema Nacional de Salud, incluida una de sus consecuencias más controvertidas, a saber: la introducción del ámbito subjetivo del Sistema (de gratuidad o bonificación de las prestaciones sanitarias) de los extranjeros mayores de edad y sin autorización de residencia. Es inconstitucional, sin embargo, que la exclusión del Sistema (de gratuidad) de determinadas personas (sin vínculo con la Seguridad Social y con altos ingresos) se deje a la decisión del Gobierno

2º). Junto a ellos se encuentran los Sistemas Sanitarios financiados a través de cotizaciones sociales derivadas de relaciones jurídicas de aseguramiento social. Es el modelo sanitario de aseguramiento o previsión social evolucionada vigente en una multiplicidad de países europeos (Alemania, Francia, Bélgica, Eslovenia, Austria, Hungría, Lituania, Luxemburgo, Malta y países Bajos). La cotización tiene una naturaleza parafiscal especial, aunque suele coexistir con aportaciones adicionales del Estado. En este modelo prevalecen los sistemas de gestión indirecta, con amplios espacios hacia la gestión privada, utilizando las técnicas de concierto o del reembolso de gastos sanitarios. Por lo demás en estos sistemas de financiación fiscal, al sujeto beneficiario se le reconoce un derecho de libre elección del centro sanitario o del médico, lo cual se encuentra más facilitado por la apertura hacia la iniciativa privada (servicios sanitarios privados).

3º). En cualquier caso, los modelos reales (es decir, realmente existentes), en la práctica, son más complejos; y cabe decir, en este sentido, que tienden a mezclarse y a configurarse como *sistemas mixtos*, acogiendo rasgos diversos de varios de los modelos típicos clásicos o tradicionales. Es el resultado del pragmatismo y de la necesidad de afrontar la complejidad de la realidad existente, aparte de la influencia recíproca a través de la coordinación comunitaria y el conocimiento mutuo que aquella procura. El carácter mixto se ofrece respecto de las fuentes de financiación, impuestos, transferencias del Estado y cotizaciones sociales (más allá de la preponderancia de sistemas, al tiempo, las fuentes suelen ser mixtas con predominio de alguna de ellas sobre las demás); el régimen de las prestaciones y su catálogo es análogo en los países europeos comparables de referencia; lo mismo ocurre respecto a las formas de gestión que suelen también combinarse (la gestión tiende a ser mixta en varios sentidos: directa e indirecta, pública y privada, y centralizada y descentralizada, con una acusada tendencia a la descentralización territorial; prácticamente todos los sistemas nacionales otorgan un margen -mayor o menor- de libertad de elección del sujeto beneficiario, etcétera. Además, se muestran variables y oscilantes en ciertas coyunturas. No cabe ignorar que las dos tradiciones bismarckiana y beveridgiana han tendido a aproximarse progresivamente. En todo ello influyen las directrices de la Unión Europea en el marco de las estrategias de coordinación de los sistemas sanitarios nacionales.

Desde un punto de vista dinámico se aprecian problemas y retos comunes. A pesar de la continua presión de los discursos y las prácticas de los críticos del Estado Social, con alcance desigual en cada lugar y en cada etapa, es un dato de experiencia que la satisfacción adecuada de las situaciones de necesidad a cubrir por los denominados derechos sociales continúa representando todavía una de las preferencias más sentidas por la gran mayoría de la población. Pero cuando de una protección de calidad contra el riesgo de la enfermedad se trata esa preferencia se convierte en un valor fundamental, primario, por tanto irrenunciable para una sociedad civilizada. Sin embargo,

en lugar de a la del Parlamento (reserva de Ley). Uno de los grandes problemas del TC es que persiste en la idea de que el derecho a la protección de la salud y asistencia sanitaria ex artículo 43 CE es un derecho de estricta configuración legal, con la consiguiente posibilidad legítima de distinguir entre los españoles y los extranjeros y adelantada por la importante STC 236/2007, fjº. 4. Con ello se desconoce valor jurídico de la Constitución en relación con los textos internacionales dentro del sistema de garantías multinivel del derecho a la salud y asistencia sanitaria (artículo 43 CE en relación *necesaria e imperativa para el intérprete de la norma fundamental* con el artículo 10.2 de la Constitución, que es la apertura constitucional de textura abierta hacia dicho sistema de garantías de los derechos fundamentales a nivel internacional general y europeo). El TC subordina unilateralmente el derecho social fundamental a la asistencia sanitaria a la primacía de la racionalidad económica, desconociendo el sistema de equilibrios entre la razón económica y la razón social que se impone deducir del texto constitucional y del sistema de garantía internacional multinivel de los derechos fundamentales a que obliga el canon interpretativo establecido en el artículo 10.2 CE.

El problema se agrava con la tendencia restrictiva y recentralizadora operada por la STC 134/2017, 16 de noviembre de 2017 (también con Votos particulares relevantes). Un análisis técnico-jurídico y de política del Derecho en Monereo Pérez, J.L., Ortega Lozano, P., "La universalidad del derecho social fundamental a la asistencia sanitaria en cuestión y el derecho al autogobierno autonómico", en la *Revista de Derecho de la Seguridad Social. Laborum,* núm. 16 (2018); Monereo Pérez, J.L., Triguero Martínez, L., "Un revés en la evolución progresiva del *wokkfare state:* la regresión en la tendencia hacia la universalidad del Derecho Constitucional a la asistencia sanitaria. A propósito de la STC 139/2016", en *Derecho de las Relaciones Laborales,* núm. 2 (2017).

la realización positiva o «practicabilidad» de este derecho social a la protección de la salud a través, entre otras acciones, de una asistencia sanitaria de calidad, evidencia notables diferencias atendiendo a la región del mundo en que la persona tenga la suerte (o infortunio) de encontrarse. En este sentido, en la Unión Europea, los Sistemas Sanitarios «*gozan de una situación excepcional a nivel mundial, debido… a la generalización de la cobertura del riesgo», representando «una parte decisiva de los gastos globales…, que convierte a esta rama de la protección social en la más importantes después de las pensiones*…» [Vid. Comunicación de la Comisión, al Consejo, Parlamento, Comité Económico y Social y Comité de Regiones.: «*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)].

Sin embargo, cabe decir enseguida que, aunque la Unión Europea presenta una situación absolutamente privilegiada al respecto en relación a lo que acontece en cualquier otro lugar del mundo, no evita que la protección de la asistencia sanitaria adolezca de notables incertidumbres en los países comunitarios ni que presenten notables desigualdades entre ellos, así como que estén todos *los Sistemas Nacionales sometidos a intensos y continuos debates sobre su extensión y límites, y sobre todo sobre su viabilidad financiera.* En la época actual se somete a una gran presión el funcionamiento de los Sistemas Sanitarios, que han de adaptarse a nuevos retos, en términos de nuevas demandas de prestación - justicia social- y de racionalización de un gasto que no cesa de crecer -eficiencia económica-, en ocasiones con una tendencia de incremento mayor que el PIB. La reacción frente a este crecimiento no se ha hecho esperar. En todos los países se han adoptado múltiples e incisivas medidas, legales e institucionales, que han supuesto una ralentización del incremento de los recursos disponibles y una reducción del alcance de la protección. El resultado es que estos Sistemas Sanitarios Nacionales -únicos o descentralizados- se encuentran en el centro de debates complejos: mejora de las condiciones de la calidad de vida de la población, control del Gasto Público, uso racional de los servicios, papel de la iniciativa privada, etcétera.

En este sentido existe un debate entre los espacios respectivos de lo público y de lo privado; debate que reflej distintas opciones de política del Derecho sobre la salud y asistencia sanitaria. Es de destacar la relativa desconfianza de los ciudadanos en la Sanidad y Asistencia Sanitaria Pública; una desconfianza a menudo promovida e inducida desde posiciones interesadas en el acrecentamiento del sector mercantil sanitario ("mercado de servicios sanitarios"). Por otra parte, se asiste una política de los responsables públicos en el fomento de las diversas formas de prestación privada de los servicios sanitarios. Ambos factores están determinando que la provisión de éstos mediante *técnicas de mercado* recupere un papel cada vez más importante. Las políticas privatizadoras de la Sanidad en un contexto de globalización y de crisis económica presentaron, así, vertientes o dimensiones diferentes pero, en todo caso, relevantes, con un crecimiento constante del sector en torno al 8% anualmente, entre otras razones porque:

1) si bien el Estado procura la cobertura sanitaria universal, siempre presenta -y presentará- limitaciones presupuestarias, afectando su funcionamiento

2) es creciente la convicción de los enormes «costes burocráticos» del Sistema, sin que mayores niveles de gasto implique siempre mayor eficacia protectora, difundiéndose la idea de que su reducción -eficiencia- pasaría por incorporar técnicas de organización, gestión y provisión privadas

3) la sanidad privada es favorecida por los «seguros médicos» que las empresas, como mejoras voluntarias y/o como incentivos, a menudo establecidas por convenio colectivo, ofrecen a sus trabajadores;

4) las «listas de espera» se mantienen, convirtiendo en clientes de la sanidad privada no sólo a los ciudadanos-pacientes que entienden no pueden esperar sino también a la mismísima sanidad pública.

En el caso de España, la pretendida firmeza, al menos en el plano normativo, del compromiso constitucional con un «*régimen público suficiente*» de «*Asistencia Sanitaria*» (artículos 41 y 43 CE y, en relación sistemática y teleológica con el artículo 10.2 CE) [6] se ve erosionada crecientemente en la práctica o realidad - plano de observación fáctica del Sistema-. Al margen de la polémica en su día generada por la promulgación de la Ley 15/1997, de 25 de abril, de habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, incluyendo las célebres y ambiguas «Fundaciones Públicas Sanitarias» (artículo 111, Ley 50/1998, MFAOS), lo cierto es que la presencia de «lo privado» en el Sistema no ha cesado de crecer, de una manera más o menos silenciosa o velada, como ilustran los datos relativos al mercado de servicios sanitarios privados. [Desde hace años la «sanidad privada» en España es un segmento del amplio mercado de servicios que tiene un crecimiento extraordinario y respecto del que pocas veces se repara].

En nuestro país otros factores están incidiendo en tales cambios, unos positivos, otros de signo contrario, incluso involutivo. Así, podríamos hacer mención de factores tan diferentes como el impacto del intenso envejecimiento demográfico de nuestro país (factor demográfico), que supone no ya sólo la intensificación del uso o consumo de este «bien público» por un colectivo creciente de la población, la presencia «masiva» de inmigrantes extranjeros no comunitarios, buena parte en situación irregular que acceden a la atención sanitaria (factor socio-económico y cultural), o la culminación del Estado Autonómico (factor político-institucional). Este último está institucionalizando una marcada diferenciación del alcance del derecho, reconocido por igual «a todos» (artículo 43 CE), o cuando menos a todos «los ciudadanos» (artículo 41 CE)[7], atendiendo a las decisiones de autonomía adoptadas por los Gobiernos de ciertas CCAA en orden a la dedicación del gasto sanitario, proveyendo «prestaciones y servicios» que no se contemplan en otros. Lo que parece evidente es que la fórmula de garantía ex artículo 43 CE (interpretada necesariamente con el art. 10.2 CE) no asume la visión restrictiva de la condición de asegurado como titular del derecho.

Sin embargo, todo ese régimen jurídico restrictivo que se introdujo y que fue legitimado por nuestro Alto Tribunal, se vio modificado con la entrada en vigor del Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, consecuencia del cambio de gobierno por moción de censura. Este real decreto-ley restablece el derecho fundamental de toda persona por el hecho de serlo, es decir, garantiza el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria, en las mismas condiciones jurídicas, a todas las personas que se encuentren en el Estado Español; aunque, cabe decir, que lo hace todavía manteniendo ciertas restricciones no precisamente coherentes con esa atribución de universalidad subjetiva. El acceso al Sistema Nacional de Salud en condiciones de equidad y de universalidad es un derecho primordial de toda persona. La garantía del ejercicio de este derecho y la protección efectiva de la salud de la ciudadanía cobra aún mayor importancia cuando quienes se ven 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. La entrada en vigor 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, supuso, de facto, una vulneración de este derecho. La norma dejaba fuera de la atención sanitaria con cargo a fondos públicos a personas adultas no registradas ni autorizadas a residir en España. La prestación sanitaria quedó así limitada a

[6] Por otra parte, importa hacer nota que ya se había defendido incluso (aunque al margen del artículo 10.2 CE), que los llamados principios rectores en realidad consagran verdaderas normas jurídicas de eficacia constitucional. En este sentido, García De Enterría, E., *La Constitución como norma y el Tribunal Constitucional,* Madrid, Ed. Civitas, 1981, especialmente pp. 68-71 y 90.

[7] La fórmula de garantía del artículo 32 de la Constitución italiana de 1947 es más incisiva: "La República tutela la salud como derecho fundamental del individuo y en interés de la colectividad y garantiza el tratamiento médico gratuito a los indigentes. No puede obligarse a nadie a un determinado tratamiento sanitario sino por disposición de la ley, la cual en ningún caso podrá violar los límites impuestos por el respeto de la persona humana".

la asistencia en caso de urgencia por enfermedad grave o accidente hasta la situación de alta médica y a la asistencia durante el embarazo, parto y posparto.

En el ámbito de la normativa internacional, tanto supranacional como europea, el derecho a la protección de la salud se reconoce de manera expresa como un derecho inherente a todo ser humano, sobre el que no cabe introducción de elemento discriminatorio alguno, ni en general ni en particular, en relación con la exigencia de regularidad en la situación administrativa de las personas extranjeras. La reforma que instauró el mencionado Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, desvirtuó el derecho a la protección de la salud al anular su vocación universal y eliminar la titularidad del derecho establecida en la Ley 16/2003, de 28 de mayo. Supuso, de este modo, una involución del esquema legal de cobertura hasta entonces armónico con los principios que, de conformidad con los tratados internacionales, la Constitución Española y la Ley 14/1986, de 25 de abril, deben imperar en las políticas sanitarias, en la actuación de los poderes públicos y la configuración de las características fundamentales del Sistema Nacional de Salud. La exclusión del colectivo de personas adultas no registradas ni autorizadas a residir en España del derecho de protección a la salud y a la atención sanitaria no ha sido acorde, por tanto, con los antecedentes normativos existentes en nuestro país ni con los diversos compromisos internacionales adquiridos.

Debe destacarse que el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, se sustentó en criterios economicistas orientados a la reducción del déficit de las cuentas públicas. Los argumentos esgrimidos fueron, en su mayoría, coyunturales y de limitado alcance temporal, asimismo éstos no han sido evaluados y por tanto no han demostrado una mejora de la eficiencia en el ámbito sanitario. Asentada en tales principios, esta regulación prescindió de garantizar legalmente el debido equilibrio entre la necesidad de asegurar la sostenibilidad financiera de la sanidad pública y la indiscutible exigencia de hacer efectivo el derecho a la protección de la salud de todas las personas. La fragmentación en el derecho a la protección de la salud y a la asistencia sanitaria de estas personas agravó su situación de extrema vulnerabilidad y motivó que la Unión Europea, la Organización de las Naciones Unidas, las comunidades autónomas, el Defensor del Pueblo, la sociedad civil, el movimiento asociativo, las sociedades científicas profesionales, los partidos políticos y otras entidades solicitaran, de manera reiterada, la derogación o modificación de la norma que impuso esta exclusión. La necesidad de garantizar la universalidad de la asistencia, es decir, garantizar el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria, en las mismas condiciones, a todas las personas que se encuentren en el Estado Español. Este objetivo se materializó mediante la recuperación de la titularidad del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria a todas las personas, independientemente de su nacionalidad, que tengan establecida su residencia en el territorio español, incluyendo aquellas que en aplicación de los reglamentos comunitarios o convenios bilaterales tengan acceso a la misma en la forma que estas disposiciones lo indiquen. Por lo demás, más allá de atender a una exigencia ética como es la protección de la salud, la universalidad de la atención no solo redunda en la mejora de la salud individual, sino también en la salud colectiva de toda la población.

Se instaura un nuevo modelo que desliga el aseguramiento con cargo a los fondos públicos de la Seguridad Social y se vincula a la residencia en España, así como a aquellas personas que, sin residir habitualmente en el territorio español, tengan reconocido su derecho a la asistencia sanitaria en España por cualquier otro título jurídico, tal sería el caso, por ejemplo, de aquellas personas que bajo la acción protectora de la seguridad social tienen derecho a la asistencia sanitaria, así como la de los trabajadores y pensionistas a los que el Real Decreto 8/2008, de 11 de enero, por el que se regula la prestación por razón de necesidad a favor de los españoles residentes en el exterior y retornados, les reconoce su derecho a la asistencia sanitaria. Todo ello redunda en un fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud como derecho vinculado a la ciudadanía. Igualmente, la asistencia sanitaria que se presta a las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España viene a reforzar las políticas europeas, que en materia de asistencia social, buscan proteger a aquellos colectivos más vulnerables.

En relación a lo cual, se modifica la Ley 16/2003, de 28 de mayo, en lo que respecta al derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria[8], y el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, en cuanto a la aportación farmacéutica. De este modo, se reconduce el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en nuestro país a la vía de la universalidad subjetiva, que se había acogido de manera constante en la normativa española hasta la entrada en vigor del regresivo Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril. (Exposición de Motivos del Real Decreto-ley 7/2018).

El derecho a la protección de la salud y asistencia sanitaria forma parte inherente de los Sistemas de Protección Social Pública de la Unión Europea. El incesante incremento de una *demanda sanitaria asistencial* potencialmente ilimitada, y en continua evolución, se enfrenta a los imperativos de control de la *oferta de servicios sanitarios* financiados y/o provistos públicamente, esto es, mediante técnicas de «desmercantilización» de la posición de los ciudadanos-pacientes respecto de sus necesidades de atención sanitaria.

Un factor que influye en los sistemas de protección de atención a la salud y asistencia sanitaria pública es el fenómeno de expansión de la pobreza, la exclusión social y el crecimiento de la precarización del empleo el cual tiende a "estabilizarse" y a hacerse estructural.

Uno de los grandes factores estructurales determinantes de las transformaciones en curso y de una cierta crisis institucional de los sistemas sanitarios es el relativo a la evolución demográfica. La demanda de asistencia sanitaria es especialmente sensible a los cambios socio-demográficos que experimenta la población atendida, cada vez más amplia y más plural en sus cualidades socio-

[8] Así, señaladamente, se modifica la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en los siguientes términos: «Artículo 3. Titulares del derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria. 1. Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todas las personas con nacionalidad española y las personas extranjeras que tengan establecida su residencia en el territorio español. Sin perjuicio de lo anterior, las personas con derecho a la asistencia sanitaria en España en aplicación de los reglamentos comunitarios de coordinación de sistemas de Seguridad Social o de los convenios bilaterales que comprendan la prestación de asistencia sanitaria, tendrán acceso a la misma, siempre que residan en territorio español o durante sus desplazamientos temporales a España, en la forma, extensión y condiciones establecidos en las disposiciones comunitarias o bilaterales indicadas […]"; «Artículo 3 bis. Reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos; «Artículo 3 ter. Protección de la salud y atención sanitaria a las personas extranjeras que encontrándose en España no tengan su residencia legal en el territorio español. 1. Las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española, tal y como se establece en el artículo 3.1. 2. La citada asistencia será con cargo a los fondos públicos de las administraciones competentes siempre que dichas personas cumplan todos los siguientes requisitos: a) 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. b) No poder exportar el derecho de cobertura sanitaria desde su país de origen o procedencia. c) No existir un tercero obligado al pago. 2. La asistencia sanitaria a la que se refiere este artículo no genera un derecho a la cobertura de la asistencia sanitaria fuera del territorio español financiada con cargo a los fondos públicos de las administraciones competentes, sin perjuicio de lo dispuesto en las normas internacionales en materia de seguridad social aplicables. 3. Las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, fijarán el procedimiento para la solicitud y expedición del documento certificativo que acredite a las personas extranjeras para poder recibir la prestación asistencial a la que se refiere este artículo. En aquellos casos en que las personas extranjeras se encuentren en situación de estancia temporal de acuerdo con lo previsto en la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social, será preceptiva la emisión de un informe previo favorable de los servicios sociales competentes de las comunidades autónomas. 4. Las comunidades autónomas deberán comunicar al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, mediante el procedimiento que se determine, los documentos certificativos que se expidan en aplicación de lo previsto en este artículo.»; Modificación del texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio; Disposición adicional única. Conceptos de asegurado y beneficiario a efectos de lo previsto en la normativa internacional y la aportación a la prestación farmacéutica, etcétera.

personales. El envejecimiento de la población ("tercera" y "cuarta" edad), resultado de la baja tasa de natalidad y el aumento de la esperanza de vida en los países europeos en general, y muy en particular en los países más prósperos de la Unión, está incidiendo poderosamente en las previsiones de futuro más inmediato para los Sistemas Sanitarios. La razón reside en un incremento de personas mayores que necesitarán cuidados en las próximas décadas, dada la mayor incidencia de enfermedades graves y/o crónicas. Pero ya resulta significativo que ello refleja el éxito de las políticas de bienestar social que hay que gestionar dinámicamente.

No deja de ser paradójico -al menos aparentemente- el hecho de que cuanto mejor sea el Sistema Sanitario más costes tendrá porque su población vivirá más y, por tanto, precisará más cuidados cada vez, y de mayor calidad. Debe *diferenciarse entre "envejecimiento" y "longevidad"*, porque el primero puede ser contrarrestado por éste último, esto es, el modo en que se produce el envejecimiento. Y en este sentido las personas mayores pueden tener vidas más largas, más sanas y más productivas (incluidas las posibilidades -que deben traducirse en oportunidades vitales reales- de encontrar un empleo adecuado). Y eso tiene que ver, entre otras cosas, con la expectativa de vida saludable; una buena salud mediatizada por los avances de atención a la salud y la asistencia sanitaria pública. Por otra parte, las políticas preventivas y de atención dinámica reducen el gasto sanitario. Pero todo ello exigirá políticas y medidas renovadas de adaptación a los cambios en curso (envejecimiento, longevidad, trabajo adecuado para los mayores en el mercado laboral, su formación permanente, la actuación preventiva y supervisora de su estado de salud, etcétera)[9].

Otros muchos motivos se unen para propiciar esta extremada *presión financiera* sobre el Sistema. La mayor parte de ellos son comunes pero se presentan más incisivos en unos Estados que en otros -ejemplo: el abuso de productos farmacéuticos como lacra endémica (en España), que sufre sus costes-. La conjunción de todos ellos evidenciará las tensiones socio-económicas del Sistema, que obliga a permanentes reestructuraciones, a menudo mal enfocadas u orientadas, al primar lógicas privatizadoras sin la suficiente evidencia sobre su eficiencia. Se comprende, así, que la protección social concretada en la asistencia sanitaria presenta un *extraordinario reto* asentado sobre un triple objetivo con carácter común que, en los Sistemas descentralizados como el español, se convierte en cuádruplo imperativo, con importantes repercusiones institucionales, jurídicas y financieras [Vid. Comunicación de la Comisión: *«El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores»* (2001)]: garantizar el *acceso* de todas las personas a la asistencia, esto es, la garantía de la universalización efectiva de la tutela, al margen de cuál sea su concreta situación socio-económica (equidad) y zona del territorio en que se encuentre (igualdad); la oferta de una asistencia *de calidad;* la *sostenibilidad financiera* del Sistema de Protección; y, finalmente, la *Cohesión* de los Sistemas complejos y descentralizados, territorial y funcionalmente, cuestión importante para los "Estados compuestos" (Estado federales; Estados autonómicos, pero no sólo en ellos).

En relación al primer imperativo, hoy cualquier ciudadano de un país comunitario -en general de un país desarrollado- (la Recomendación 92/442/CEE, del Consejo, relativa a la *convergencia* de las políticas de protección social, establecía como objetivo básico el acceso de todos a la asistencia sanitaria y, por su parte, la Comunicación de la Comisión «*Una estrategia concertada para modernizar la protección social*», sitúa la garantía de un nivel elevado de protección a la salud como un objetivo prioritario), considera que la asistencia sanitaria para atender su salud constituye un auténtico derecho social fundamental, al margen de la configuración técnica o formal que cada Estado de al mismo en sus Constituciones. Ahora bien, desde esta perspectiva, un reto pendiente es dotar de una cualidad sustantiva a la exigencia de universalidad de la protección, de modo que el acceso se produzca en igualdad de condiciones de los grupos más desfavorecidos (Comunicación de la Comisión, 3 de enero de 2003), para asegurar la dimensión solidaria sobre la que se construye el

[9] Scott, A. y Gratton, L., *The 100-Year Life: Living and Working in an Age of Longevity* ("Una vida centenaria: vivir y trabajar en una era de la longevidad"). Traducción al castellano: *La Vida de 100 años: Vivir y trabajar en la era de la logevidad*, Lettera Publicaciones, 2017.

sistema en los países avanzados. La «mala salud» no debe llevar al empobrecimiento ni la carencia de ingresos reducir la accesibilidad (Precisamente, el Informe conjunto de evaluación de los *Planes Nacionales de Acción para la Inclusión Social* de 2004 hace especial referencia a la *política de asistencia sanitaria*. En la misma línea, el acceso a servicios sanitarios de calidad aparece como uno de los 7 ámbitos prioritarios para la lucha contra la exclusión social, dentro de un modelo global de desarrollo económico socialmente sostenible, según la *Comunicación de la Comisión, de 27 de enero de 2005 -Proyecto de informe conjunto sobre protección social e inclusión social [COM (2005) 14 final- no publicada en el Diario Oficial]*).

Un segundo imperativo, consiste en que la asistencia sanitaria a ofrecer debe no sólo ser «digna» sino más bien de *calidad*. Desde esta perspectiva, resulta hoy evidente que la demanda de asistencia sanitaria aumenta de forma exponencial, en todo caso más que proporcional, con el incremento del nivel de vida y educación de los ciudadanos, de modo que los ciudadanos exigen de sus Sistemas de Salud una calidad y eficacia crecientes. Lo que significa, cuando menos, *calidad estructural o institucional*, esto es, prestación de la asistencia en adecuados centros de atención a pacientes, por un lado, y «*calidad de procesos*», de modo que la eficacia de las prestaciones se mida evaluando no sólo las acciones terapéuticas sino también los resultados, así como la «*calidad de trato*», esto es la consideración recibida en su prestación. En relación a ello, no puede resultar en modo alguno ajeno al funcionamiento del Sistema Sanitario la mayor información disponible para los usuarios-pacientes a raíz del desarrollo de las nuevas tecnologías de la comunicación. Esta mayor disponibilidad no sólo aumenta el nivel de conocimientos «médico-sanitarios», en relación a las enfermedades y también a las terapias, sino que igualmente incrementa la oportunidad de acudir a prestaciones de servicios en lugares muy diferentes del orbe mundial. La mayor disponibilidad informativa lleva aparejado al mismo tiempo un mayor margen de decisión o elección, lo que da lugar a una mayor presión sobre el sistema, en términos tales como la libre elección de médicos o profesionales sanitarios, la accesibilidad a nuevos tratamientos y productos, la movilidad entre centros prestadores, públicos y privados, interiores y exteriores, esto es, dentro e incluso, cada vez más, fuera de las fronteras. En realidades político-institucionales complejas, como es España, tanto por arriba -pertenencia a la Unión Europea-, como por abajo, configuración como un Estado Autonómico, con máximo nivel de descentralización, esta movilidad en un «sistema-mercado unitario de servicios sanitarios» aparece como una solución creciente, con la consiguiente ampliación de situaciones problemáticas.

Con todo, los enfermos o "pacientes", que se sienten no sólo usuarios-consumidores de un servicio público sino ciudadanos, es decir, sujetos o «actores» de «pleno derecho», reclaman «*una mayor transparencia en los resultados y en la calidad de los servicios sanitarios*» (Vid. Comunicación de la Comisión.: «*El futuro de la asistencia sanitaria*…», cit., página 8). No por casualidad, pues, uno de los dos hilos conductores básicos de la Ley 16/2003, la LCCSNS, gira en torno al objetivo de la «calidad», multiplicándose las referencias contenidas en la Ley a este «*estándar de valoración*» de la eficacia del Sistema de provisión de prestaciones sanitarias y de efectividad del derecho a esta asistencia. La importancia de esta exigencia es tal que aparece, como la accesibilidad, «garantizada» en los términos, ambiguos, del artículo 28 LCCSNS.

Pero esta creciente vinculación de las prestaciones sanitarias al imperativo de la calidad tiene otras múltiples dimensiones. Entre ellas, una no menor es la propia garantía de la «calidad profesional del personal» sanitario, que incluye igualmente la «calidad de su empleo», por lo que incorpora la mejora de la contratación y de las condiciones de trabajo, con especial atención a su formación. Una necesidad de actualización formativa permanente que viene impuesta por la obligación de adaptar las prestaciones a las *nuevas necesidades, entre las que destacan las denominadas prestaciones «socio-sanitarias»,* diseñadas para hacer frente al emergente riesgo social de la dependencia. Aunque esta protección ya está prevista en las Leyes Sanitarias -artículo 14 Ley 16/2003-, su complejidad es tal que exigirá la concurrencia, por tanto la coordinación, de varios «Subsistemas de Protección Social», tal y como evidencia la regulación del nuevo «*Sistema Nacional de Dependencia*» (más por razones

del lenguaje «políticamente correcto» que técnicas la Ley 39/2006, ha borrado «nacional» y habla sólo de «Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia» -SAAD-), confirmando cómo un único derecho -la protección frente a la dependencia- a menudo exige la intervención conjunta de varios «sistemas de servicios públicos» -Seguridad Social, Salud, Dependencia, Servicios Sociales- como garantía para su efectividad. Todo esto dista de ser anecdótico. Revela la existencia de una complejidad que habría que examinar atentamente.

Naturalmente, los dos primeros objetivos tienen un presupuesto ineludible, como es la existencia de una *financiación sostenible* -constituye casi un tercio del gasto social, el segundo después de las pensiones y análogo al de educación-. Mantener una sanidad de calidad exige un elevado nivel de financiación. La Sanidad experimenta una fuerte presión en la demanda de adquisición de tecnologías médicas que incorporen las mejores y más actuales novedades, con lo que de coste -inversión también- implica esa exigencia. Las nuevas realidades sociodemográficas también elevan el coste. Asimismo, es evidente que cuanto *mayor conciencia se tenga del derecho a una asistencia de calidad* el *consumo del servicio será también mayor*, con el consiguiente permanente incremento del coste.

Precisamente, los nuevos Reglamentos comunitarios de coordinación destacan la calidad, la viabilidad financiera (acompañada por la instrumentación de políticas de contención del gasto público sanitario) y la transparencia como objetivos importantes a perseguir.

En esta coyuntura, la gestión financiera de los sistemas públicos de asistencia sanitaria deben orientarse a políticas de «eficien ia económica» al objeto de alcanzar y, en su caso, mantener un equilibrio *financiero*. Esa orientación hacia la eficienci gestora se asienta en dos criterios diferenciados que responden al interrogante de cómo mantener un sistema de pensiones económicamente viable y socialmente necesario:

1º) La *racionalización del coste* (optimización): máximo benefic o con mínimo coste posible (política de «acoso» continuado al gasto farmacéutico, que se resiste por múltiples razones; innovación de terapias e intervenciones que reduzcan el tiempo de hospitalización, mayor «educación sanitaria», preventiva y «de consumo»…). Es la aplicación coherente de una política de racionalización del gasto.

2º) La *reducción del coste* (recorte del gasto por un menor compromiso público y privatización de las formas de organización del servicio). Es necesaria la contención del gasto. El gasto sanitario ha crecido de manera extraordinaria, tanto en su vertiente farmacéutica como en la médica. Lo cual implicaría reducción de las prestaciones.

No son pocos los países de la UE que están adoptando fórmulas de participación del beneficiario en la financiación (copago). Es el caso de Bélgica, Alemania, Portugal, Finlandia y Suecia, que establecen, en distintos casos, formas de copago. Otros países parecen sumarse a esas iniciativas tanto para mejorar el servicio como para conseguir un equilibrio financiero más satisfactorio en aras de la viabilidad del Sistema Sanitario. La aplicación del denominado *ticket moderador* moderador en el Derecho Europeo y Norteamericano obedece a criterios y lógicas homologables, con intensidad variable de acuerdo a los diversos ordenamientos nacionales, los cuales, partiendo de necesidades análogas, optan por soluciones diferentes pero al mismo tiempo equiparables. Los conceptos de cofinanciación, corresponsabilidad, redistribución, proporcionalidad no admiten una separación estanca y exigen de un tratamiento conjunto e interrelacionado a fin de impedir desarrollos de carácter unidireccionales, descoordinados y descontrolados.

Y habría que llegar más lejos. Se observan, no obstante, algunas reacciones. Mientras que la primera dimensión del valor «eficiencia económica» de la gestión sanitaria no sólo es exigible sino imprescindible, pues el SNS no puede funcionar al margen de un modelo de evaluación y control permanente del gasto, la segunda no sólo es rechazable como valor sino impracticable social y

técnicamente. La cuestión se centra, pues, en buscar y encontrar el modo a través del cual se puedan utilizar adecuadamente todos los recursos -*uso racional*, no ya sólo de los medicamentos, como expresa la Ley 29/2006, sino de cualquier prestación sanitaria- y se implementen con eficacia los instrumentos diseñados para el control de los costes -vías para transferir parte de los costes a los usuarios (*copago*), control del precio del servicio y el volumen de la oferta y la demanda…-. Entre estas múltiples técnicas de control también habría que incluir, sin duda, el fomento de la utilización eficaz de todos los recursos disponibles en el SNS, incluidos los privados, concertados o no, para lo que será necesario la máxima cooperación entre todos ellos a fin de *garantizar una asistencia sanitaria de alta calidad,* en su contenido prestacional y en el tiempo de prestación, *sin perjudicar su sostenibilidad* a medio y largo plazo. La gratuidad total -no obstante la universalidad y con financiación a través de impuestos- puede cuestionar la sostenibilidad económica del sistema sanitario. En este sentido, muchos países han afrontado una transformación radical de sus estructuras asistenciales y de las modalidades de financiación de su sistema, en particular mediante una diferente distribución entre la financia ión pública y la privada, con objeto de mejorar tanto la calidad como la eficiencia. Los resultados son muy diferentes y en todo caso no han conseguido todavía un grado adecuado de satisfacción de los objetivos pretendidos -lograr un ritmo sostenible de evolución de los gastos, sin poner en peligro la calidad del sistema de asistencia ni sus resultados-, aunque sí han introducido una extraordinaria complejidad en la gestión, por la extrema diversidad de situaciones contempladas dentro del mismo «Sistema». Así sucede en el nuestro, agravado por la diversidad adicional derivada del Estado Social Autonómico.

A todo ello ha de añadirse dos presiones, concernientes a la presión financiera y a la entidad de los desafíos que han de afrontar los sistemas sanitarios europeos y su sistema común de coordinación. En primer lugar, señalar que, en todo caso, esta creciente presión financiera opera con independencia del modelo de organización de asistencia sanitaria en los sistemas nacionales, aunque sus efectos puedan ser diferentes atendiendo a la situación particular de cada Estado miembro. Consecuentemente, al margen de cuál sea el éxito de estas reformas, queda claro que la necesidad de las mismas viene determinada por el imperativo ineludible de garantizar la viabilidad o sostenibilidad financiera de los Sistemas en un doble y complementario, aunque no pacífico, contexto: el de la Sociedad de Bienestar y el de la Economía de Mercado. La formalización de ambos en una única aunque compleja realidad institucional, con sus sinergias y también con sus contradicciones y, por tanto, con la necesidad de reconstruir permanentemente sus difíciles equilibrios, es lo que pretende el enunciado constitucional del Estado Social de Derecho, que trae al primer plano de la escena la dimensión jurídica, tanto política como técnica, del reto. Finalmente, de modo común pero con especial agudeza en los Sistemas más descentralizados, como el español, queda claro que un cuarto imperativo es el de la cohesión de tan complicado entramado institucional, normativo, económico y técnico. Las nuevas tensiones derivadas tanto de los reajustes políticos, que derivan sobre todo de la culminación del proceso de transferencias, como de la permanente presión financiera, no sólo requiere un impulso económico al SNS sino también completarlo con el reforzamiento de la política de cohesión del mismo. En efecto, maximizados en el SNS los niveles de descentralización y autogobierno propios del Estado Autonómico, ahora es preciso consolidar el plano de la Cohesión, para garantizar que el SNS sigue siendo integrador, solidario y equitativo. Autogobierno no puede ser, pues, incompatible con Cohesión, antes bien al contrario, el autogobierno debe garantizar no sólo la reducción de las diferencias entre territorios en materia sanitaria, hoy claramente constatadas aunque en descenso franco, sino también la equivalencia de calidad prestacional en cualquier territorio del Estado. A tal fin, como ya se evidenció en la introducción de este estudio preliminar y constituye el segundo eje de la LCCSNS, es necesario definir determinados aspectos del SNS que requieren una acción común y diseñar los instrumentos políticos, económicos y jurídicos de coordinación necesarios para que el imperativo sea realidad.

Ante una realidad cambiada los desafíos son de envergadura. A la vista de estos desafíos del conjunto de los Sistemas Sanitarios europeos, incluidos los propios de países de la ampliación, son manifiestas las dificultades, por cuanto no siempre responden a lógicas iguales, sino diferentes, e incluso a veces divergentes u opuestas. Ahora bien, debe quedar igualmente claro que son objetivos irrenunciables y que han de buscarse las fórmulas para su conciliación o compatibilidad. Todos ellos han de alcanzarse al mismo tiempo, pues es imposible una Sanidad de «alta calidad» y «universal» sin la garantía de sostenibilidad financiera, a su vez imposible en un contexto de descontrol del gasto y/o de falta de transparencia, evaluación y uso racional de los servicios encargados de proveer las prestaciones sanitarias. El deber de velar porque toda la población residente pueda acceder a una asistencia sanitaria de calidad e igual para todos no puede ser de peor condición, ni tener menos presencia, que el deber de reformar permanentemente el sistema para asegurar la suficiencia financiera de las prestaciones como un ritmo de evolución viable de su cobertura pública[10]. Están en juego el derecho de las personas y la eficiencia de las libertades económicas indispensables para el buen funcionamiento del mercado interior comunitario.

Es preciso recordar que no existe un único modelo europeo de Sistema de Salud proveedor de asistencia sanitaria. Corresponde a los países miembros la *gestión* de esta prestación y a la Unión Europea actuar en el doble plano de *complementariedad* de la acción de los Estados y *coordinación* de esas acciones. En este contexto europeo, la única aspiración de los Reglamentos Comunitarios, ha sido *coordinar* los sistemas de Seguridad Social de los Estados que conforman la Unión Europea. La doctrina más extensa identifica los siguientes *principios* en esta materia de coordinación: igualdad de trato, conservación de los derechos en curso de adquisición y conservación de los derechos adquiridos. Además los autores añaden también otros principios, principales o instrumentales, entre los que están, el principio de determinación de la legislación aplicable y el principio de colaboración administrativa. Las reglas de coordinación están al servicio del principio de libre circulación.

En las *prestaciones en especie por enfermedad o prestaciones de asistencia sanitaria*, los mencionados principios tienen un juego especial en cuanto a su coordinación. El principio de igualdad de trato hace referencia a que las prestaciones de asistencia sanitaria han de servirse en la misma cuantía y calidad al nacional que al ciudadano de otro Estado miembro de la Unión Europea. El principio de conservación de los derechos en curso de adquisición tiene menos relevancia en estas prestaciones ya que el derecho a las mismas no está sujeto a periodos previos de cotización, además algunos países reconocen el derecho a la asistencia sanitaria por el mero hecho de la residencia. En cuanto al principio de conservación de derechos adquiridos, lo que se exporta en estas prestaciones es el reconocimiento del derecho al reconocimiento a la obtención de las mismas, reconocimiento que efectúa a la institución competente, sirviendo la prestación la institución del lugar en el que efectivamente se encuentre el interesado.

En relación a la Derecho Social de la UE, las normas que articulan el principio de determinación de la legislación aplicable deben precisar cuál debe ser la institución competente para el reconocimiento del derecho, que soportará el coste de las prestaciones y, por otro lado, cual ha de ser la institución que efectivamente lleve a efecto la prestación de la asistencia sanitaria. La normativa básica *aplicable* a la coordinación de las prestaciones de asistencia sanitaria en los Países de la Unión Europea y fundamento legal para el acceso de los ciudadanos comunitarias a los Sistemas Sanitarios de otros Estados miembros son el Reglamento (CE) Núm. 883/2004, de 29 de abril 2004, del Parlamento Europeo y del Consejo sobre la *coordinación de los Sistemas de Seguridad Social* (a su vez modificado por el Reglamento (CE) núm.988/2009, de 16 de septiembre de 2009) y el Reglamento (CE) Núm. 987/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo de 16 de septiembre de 2009 por el que *se adoptan las normas de aplicación del Reglamento (CE) Núm. 883/2004*.

[10] *Vid*. Comunicación de la Comisión.: «*El futuro de la asistencia sanitaria*», cit., pág.14.

Estas normas de Derecho Comunitario Derivado derogan el Reglamento (CEE) Núm. 1408/1971 del Consejo, relativo a la aplicación de los regímenes de Seguridad Social a los trabajadores por cuenta ajena y a sus familiares que se desplacen dentro de la Comunidad y el Reglamento (CEE) Núm.574/1972 del Consejo, de 21 de marzo de 1972 por el que se establecen las modalidades de aplicación del anterior. Durante el amplio periodo de tiempo de la vigencia de los Reglamentos derogados, se ha desarrollado una extensa Jurisprudencia del Tribunal de Justicia de la Comunidad Europea.

Es criticable que los Reglamentos de coordinación (incluido el Reglamento de base (CE) núm. 883/2004, de 29 de abril, y el Reglamento (CE), núm. 987/2009, de 16 de septiembre de 2009, de aplicación del reglamento de base), no definan lo que se haya de entender por *prestaciones de enfermedad*. Ha sido el Alto Tribunal comunitario el que ha tenido que delimitar esa noción a través de una jurisprudencia creativa, no siempre correcta. Esta laguna normativa va a continuar planteando dificultades aplicativas para ciertos supuestos problemáticos

El Reglamento 883/2004, en el Capítulo 1 del Título III, fija las *reglas de coordinación para prestaciones de enfermedad* y en el Capítulo 2 del mismo Título, se refiere a las *prestaciones de accidente de trabajo y enfermedad profesional*. El nuevo Reglamento de aplicación, el 987/2009, en su Título III, contiene las disposiciones particulares aplicables a las prestaciones de enfermedad en su Capítulo I, y las correspondientes a las prestaciones por accidente de trabajo y enfermedad profesional en el Capítulo II. Las *reglas de coordinación* tratan de determinar cuál debe ser la institución que debe proveer las prestaciones en un caso concreto y, en segundo lugar, precisar cuál de las posibles instituciones que puedan estar implicadas, será la que tiene que soportar los costes de las prestaciones servidas.

Se estructuran las reglas de coordinación de prestaciones de enfermedad en dos bloques:

- Reglas aplicables en relación con las prestaciones de enfermedad a las *personas aseguradas y a los miembros de sus familias* que no sean pensionistas o familiares de estos últimos. Se distinguen a su vez los supuestos de residencia, de estancia en un Estado miembro distinto del Estado competente y los supuestos de desplazamiento a otro Estado con el fin de obtener en él asistencia sanitaria
- Reglas aplicables en relación con las prestaciones de enfermedad a los *titulares de pensiones y a los miembros de sus familias*. Se diferencian a su vez también, los supuestos de residencia y de estancia, y los supuestos de desplazamiento a otro Estado con el fin de obtener en él asistencia sanitari

Por otra parte, cabe hacer notar que en materia de asistencia sanitaria ha existido una fuerte resistencia a la "comunitarización", que se suele fundamentar en argumentos esencialmente económicos y financieros, vinculados al gasto sanitario y sus modos de gestión. Sin embargo, la interdependencia de la pluralidad jurídica de sistemas nacionales en esta materia, al tiempo, ha presionado por una cierta *corrección* del criterio de simple coordinación del pluralismo existente. En tal sentido la intervención del TJCE ha sido decisiva (aunque es, evidentemente, insuficiente para la "comunitarización" o "europeización" de la asistencia sanitaria). El Alto Tribunal europeo ha construido su doctrina significativ mente sobre el problema planteado por la existencia de autorización administrativa en los supuestos de desplazamiento temporal para recibir prestaciones sanitarias (recuérdese que conforme al art.20 del Reglamento de base, la persona asegurada que se desplace a otro Estado miembro para recibir prestaciones en especie durante su estancia deberá solicitar *autorización* de la institución competente). En la jurisprudencia comunitaria se constata la tensión jurídica entre la competencia autorizante (nacional) y la libertad de desplazamiento y libre circulación de prestación de servicios y de circulación de mercancías. Después de varios pronunciamientos al respecto el TJCE trata de compaginar la competencia soberana nacional con las libertades comunitarias, afirmando la legitimidad de la autorización administrativa, con base a criterios económico-financieros y de

organización de los servicios sanitarios nacionales. Por ello apuesta por una solución transaccional y compromisoria entre la libertad de prestación de servicios (que en su lógica subyacente impulsa la construcción de un mercado de servicios sanitarios) y las exigencias de control del gasto y de gestión sanitaria que, con base a razones fundadas, pudiera autorizar el establecimiento de medidas de control previo de carácter autorizante (véase STJCE de 16 de mayo de 2006, Asunto Watts-372/04; SSTJCE de 2 de julio de 2001, Asuntos Smitts y Peerbooms, de 13 de mayo de 2003, Asunto Emm Van Riet). Esa tensión entre competencias y libertades comunitarias se pretendió resolver, con base a la doctrina del TJCE, a través de la Propuesta de Directiva relativa a la aplicación de los Derechos de los Pacientes en la Asistencia Sanitaria Transfronteriza" (Resolución del Parlamento Europeo de 15 de marzo de 2009), que finalmente fue objeto de bloqueo en el Consejo EPSSCO (Sanidad) de 1 de diciembre de 2009. En ella se restringía estrictamente la competencia autorizante de los Estados miembros y se reconocía el derecho del reembolso de los gastos ocasionados a los sujetos protegidos (pacientes) por recibir fuera de dichos Estados miembros la asistencia no hospitalaria.

Importa también señalar, por último, la exclusión del ámbito de aplicación de la materia sanitaria (servicios sanitarios) de la muy discutida -y ciertamente problemática- Directiva 2006/123/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo de 12 de diciembre de 2006, relativa a los servicios en el mercado interior comunitario. Es el proceder más lógico y coherente a fin de evitar la mercantilización de los servicios sanitarios; y es razonable igualmente por el hecho de que en caso de no excluirse podría vulnerar el mismo principio de subsidiariedad como principio rector en la delimitación de la distribución de competencias entre la Unión y los países miembros. Es así que la Directiva 2006/123/CE, establece una exclusión explícita de su campo de aplicación de los servicios sanitarios, sean prestados o no en establecimientos sanitarios, y con independencia de su modo de organización y de financiación a nivel nacional y de su carácter público o privado (art.2.f.). De manera que tal Directiva comunitaria (situada en el marco del Derecho económico de la Unión) no afecta al reembolso de los gastos de servicios sanitarios proporcionados en un Estado miembro distinto de aquél en que resida el beneficiario de los servicios sanitarios, al entender que es relevante tratar este asunto mediante otro instrumento jurídico comunitario para conseguir una mayor seguridad y claridad jurídica.

De este manera se produce la exclusión *ope legis* (coherente desde el punto de vista de la política del Derecho social) de los servicios sanitarios en la misma norma ordenadora de la materia (la Directiva europea de servicios; Directiva 2006/123, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 12 de diciembre de 2006, relativa a los servicios del mercado interior). Esta exclusión es lógica y plenamente coherente porque los servicios sanitarios *son servicios no económicos de interés general,* que no pueden someterse a las reglas del Derecho de la competencia. En cuanto a la conceptualización de los servicios sanitarios, hay que tomar en consideración la STJUE de 11 de julio de 2013, asunto C-57/12, que entiende que los servicios sanitarias comprenden toda actividad destinada a "evaluar, mantener o restablecer el estado de salud de los pacientes, siempre que tal actividad sea ejercida por profesionales reconocidos como tales con arreglo a la legislación del Estado miembro de que se trate, e independientemente de la organización, la forma de financiación y la naturaleza pública o privada del establecimiento en el que se dispensen los cuidados". Es cometido del Juez nacional el verificar si los servicios sanitarios se encuentran incluidos dentro del campo de aplicación de la Directiva tomando en consideración la naturaleza de las actividades realizadas por los profesionales del sistema de salud y el hecho de que dichas actividades representen una parte esencial o principal de los servicios ofrecidos en los centros de salud[11].

[11] Resulta significativa la delimitación que lleva a cabo el *Manual sobre Transposición de la Directiva de Servicios* (Bruselas, Ed. Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2007), que indica que; "no se excluyen los servicios que no se prestan a un paciente, sino al propio profesional sanitario o aun hospital, como los servicios contables, de limpieza, de secretaría o administrativos, el suministro y mantenimiento de equipos médicos y los servicios de los centros de investigación médica, tampoco se excluyen las actividades no destinadas a mantener, evaluar o recuperar el estado de salud de los pacientes: por ejemplo, las actividades concebidas para mejorar el bienestar o procurar relajación, como las que se realizan en centros deportivos o gimnasios, quedan

Necesario es realzar que efectivamente el derecho a la salud y asistencia sanitaria encuentra un amplio reconocimiento *específico* -aunque enmarcado como una rama protectora dentro de la Seguridad Social- en el Derecho Internacional general y regional de los derechos humanos.

En un plano general, como suele ocurrir con otros derechos sociales prestacionales, no existe un modelo único de regulación y garantía pública a nivel mundial. Ni siquiera existe un único modelo europeo de Sistema de Salud proveedor de asistencia sanitaria. Es competencia y responsabilidad de los países miembros la *determinación de las prestaciones y su gestión,* y a la Unión Europea le corresponde actuar en el doble plano de *complementariedad* de la acción de los Estados y *coordinación* de esas acciones nacionales. En este contexto europeo, la finalidad principal de los Reglamentos Comunitarios, ha sido *coordinar* los sistemas de Seguridad Social y Asistencia Sanitaria de los Estados que integran la Unión. *Una coordinación realizada en vista de alcanzar una convergencia por los objetivos perseguidos, rehusando utilizar la técnica normativa fuerte de la armonización legislativa.* Pero en la lógica interna de este modelo de intervención/regulación comunitaria preside ante todo la idea de que cada Estado miembro es competente y responsable de la presentación de los servicios sanitarios conforme a su propio ordenamiento jurídico interno, aunque respetando necesariamente las reglas de coordinación instrumental establecidas por la Unión Europea. En este sentido se puede afirmar que la Unión Europea acepta el pluralismo jurídico-institucional en la Seguridad Social y en la Asistencia Sanitaria, de tal manera que se consagra la coexistencia de sistemas de protección social pública, pero en el marco de un sistema de coordinación comunitaria, como técnica instrumental no armonizadora al servicio de una opción por un *pluralismo cooperativo* (de ahí también la coexistencia y complementariedad de diversos principios de articulación, como el principio de competencia y el principio de subsidiariedad, y la convergencia de objetivos comunes que *no* está preordenada *-a priori-* a la construcción de un Sistema Uniforme de Seguridad Social y Asistencia Sanitaria). No hay intención de crear un sistema sanitario europeo. Tampoco se establece un zócalo o nivel mínimo sustantivo de derechos de salud y asistencia sanitaria en el Derecho de la Unión. No basta el recurso a las técnicas de coordinación comunitaria de la atención de la salud y asistencia sanitaria en el espacio social europeo, como ha mostrado la práctica del desbordamiento funcional y la elevada conflictividad jurídica de las técnicas al uso de la coordinación instrumental sin el reclamo -cada vez más necesario- de normas mínimas de *armonización europea* de la asistencia sanitaria a escala de la Unión. Por tanto, estamos todavía ante un marco insuficiente y en parte deficiente en la garantía y ordenación comunitaria del derecho a la atención de la salud y asistencia sanitaria dentro del espacio social europeo.

En consecuencia, persistirá la pluralidad y diversidad de modelos nacionales de protección social pública dentro del espacio europeo, aunque, en particular respecto de la asistencia sanitaria, los objetivos comunes se organizan en torno a la obtención de un máximo nivel de calidad en las prestaciones sanitarias, la sostenibilidad financiera y la compatibilidad de los sistemas sanitarios con el conjunto de principios de articulación que informan la construcción flexible del mercado interior de servicios comunitarios.

reguladas en la directiva y tendrán que ser consideradas en las medidas de transposición". Con todo, resulta evidente que los servicios de limpieza, de administración, y otros análogos, sí entrarían en el ámbito de aplicación de la Directiva de Servicios, por lo que les sería de aplicación los principios y reglas pertinentes. Ahora bien, para que ello sea así, será preciso que el Estado miembro de que se trate haya adoptado la decisión previa de externalizarlos realizándolos en un régimen de competencia de mercado. En el trasfondo de este enfoque está el que los Estados miembros con las instancias competentes para delimitar y definir lo que sus servicios de interés general, precisando su régimen organizativo y sistema de financiación, ayudas públicas, etcétera en función de las obligaciones que se derivan del Derecho comunitario y de los imperativos del Derecho interno. Aquí caben opciones diversas de publificación y de liberalización de servicios de interés económico general por las autoridades nacionales

En cualquier caso, se debe decir con Martha C. Nussbaum, que "son las personas quienes importan en última instancia; los beneficios económicos constituyen solamente medios instrumentales para las vidas humanas, que son sus fines [12].

La Unión Europea viene complementando las políticas sanitarias nacionales apoyando a los gobiernos de sus países miembros para alcanzar objetivos comunes, compartir los recursos y superar los retos comunes. Además de formular leyes y normas a escala de la Unión para los productos y servicios sanitarios, también proporciona financiación para proyectos sanitarios en toda la Unión. La política de salud de la Unión se centra en la protección y la mejora de la salud, la igualdad de acceso a una asistencia sanitaria moderna y eficiente para todos los europeos, y la coordinación frente a amenazas graves para la salud que afecten a más de un país de la Unión. La prevención y la respuesta a las enfermedades desempeñan un papel destacado entre las prioridades de la Unión en materia de salud pública. La prevención afecta a numerosos ámbitos, como la vacunación, la lucha contra la resistencia a los antibióticos, la lucha contra el cáncer y el etiquetado responsable de los alimentos. Desde el punto de vista institucional se disponen de dos agencias específicas que apoyan a los gobiernos nacionales en cuestiones de salud. El Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades evalúa y supervisa las amenazas de enfermedades emergentes con el fin de coordinar la respuesta. La Agencia Europea de Medicamentos, por su parte, se encarga de la evaluación científica de la calidad, seguridad y eficacia de todos los medicamentos de la UE

Se debe señalar, por último, que la Comisión Europea presentó en noviembre de 2020 un nuevo marco normativo sobre seguridad sanitaria basado en las experiencias de la pandemia. Este incluyó tres textos legislativos: más poderes para la Agencia Europea del Medicamento, la extensión del mandato del Centro europeo para el control y prevención de enfermedades, y una estrategia ante amenazas sanitarias transfronterizas graves. Con la ampliación de las competencias del Centro europeo para la prevención y control de enfermedades, la Unión Europea pretende mejorar la coordinación en caso de nuevas crisis sanitarias entre los organismos nacionales, comunitarios e internacionales. La crisis ha puesto de relieve la necesidad de que la Unión Europea y sus Estados miembros coordinen mejor sus mecanismos de preparación y respuesta ante emergencias sanitarias como parte de un esfuerzo más amplio para colaborar en la construcción de una Unión Europea de la Salud fuerte y resiliente y contribuir, en cooperación con otros países, a mejorar la seguridad sanitaria mundial. La idea fuerza es reforzar dichos mecanismos de coordinación.

En la post-pandemia, el Centro europeo para el control y prevención de enfermedades se encargará, además, de recabar datos comparables y de vigilar la situación de los sistemas nacionales de salud para determinar si están preparados ante posibles brotes. El Parlamento Europeo también se pronunciará sobre otro conjunto de medidas diseñadas para garantizar que la Unión Europea y los Estados miembros afrontan con eficacia riesgos sanitarios transfronterizos, mediante la mejora de la prevención, la preparación y la planificación de la respuesta. También se introducirán reglas claras sobre adquisiciones conjuntas de medicamentos y equipos médicos. Se ha establecido un primer paquete legislativo desarrollado a partir de las lecciones extraídas de la pandemia de COVID-19[13]. La base jurídica de estas intervenciones de la Unión son, en lo principal, los artículos 168 (protección de la salud pública), 114 (mercado único) y 153 (política social) del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (TFUE); y, asimismo, art. 35 (protección de la salud) de la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea (con rango equivalente a los dos Tratados fundacionales de la Unión en virtud de lo establecido en el art. 6.1 del propio TUE[14].

[12] Nussbaum, M., *Crear capacidades. Propuesta para el desarrollo humano,* Barcelona, Ed. Paidós/Espasa Libros, 2012, p. 217.

[13] https://oeil.secure.europarl.europa.eu/oeil/popups/ficheprocedure.do?lang= n&reference=2020/0320(COD) https://www.europarl.europa.eu/news/es/headlines/priorities/politica-sanitaria-de-la-ue

[14] Conviene recordar que el Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (TFUE) reforzó la importancia de la política sanitaria, al estipular que, «al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión, se garantizará

BIBLIOGRAFÍA

Abramovich, V. y Courtis, C., *Los derechos sociales como derechos exigibles,* Ed.Trotta, Madrid, 2002.

Alfonso Mellado, C.L., Jimena Quesada, L. y Salcedo Beltrán, M.C.: *La jurisprudencia del Comité Europeo de derechos sociales frente a la crisis económica,* Albacete, Bomarzo, 2014.

Alonso Olea,M., *Las prestaciones del Sistema Nacional de Salud,* Ed. Civitas, Madrid, 1999.

— *Las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social,* Madrid, Ed. Civitas, 1994.

Añon Roig, M.J., *Necesidades y derechos. Un ensayo de fundamentación,* Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, 1994.

Aparicio Tovar,J., "El derecho a la protección de la salud. El derecho a la asistencia sanitaria", en VV.AA., *Comentario a la Constitución Socio-Económica de España,* Monereo Pérez, J.L., Molina Navarrete, C. y Moreno Vida, Mª.N. (Dirs.), Granada, Ed.Comares, 2002.

— *La Seguridad Social y la protección de la salud,* Ed.Civitas, Madrid, 1989.

— "Derecho a la asistencia sanitaria", en VV.AA., *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,* Murcia, Ed. Laborum, 2016.

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL, *Los Retos de la Asistencia Sanitaria Española en el contexto de la Unión Europea (XIII Congreso Nacional de la AESSS, celebrado en Madrid, Octubre de 2016),* Murcia, Ed. Laborum, 2016.

Beck, U., *La sociedad del riesgo: Hacia una nueva modernidad,* Eds. Paidós, Barcelona, 1998.

— *La sociedad del riesgo global,* Ed. Siglo veintiuno de España editores, Madrid, 2002.

Blasco Hernández, T. y Rodríguez Reinado, C., *La salud integral*, Madrid, Libros de la Catarata, 2017.

Borrajo Dacruz, E., "Comentario al artículo 43", en VV.AA., *Comentarios a la Constitución,* Alzaga, O. (Dir.), tomo IV, Madrid, Edersa, 1996.

Carrascosa Bermejo, D., *La coordinación comunitaria de la Seguridad Social,* CES, Madrid, 2004.

— "Introducción a la coordinación comunitaria de la asistencia sanitaria en los Reglamentos CEE/1408/71 y CE/883/2004: La jurisprudencia del TJCE y su aplicación en España", en VV.AA., *Vicisitudes de la aplicación del Derecho Comunitario en España,* Sánchez Rodas Navarro,C. (Coord.), Eds. Laborum, Murcia, 2007.

— "Configuración nacional de los sistemas de salud en la UE: Repercusión en la circulación de asegurados y en la libre circulación de servicios sanitarios", en ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL, *Los Retos de la Asistencia Sanitaria Española en el contexto de la Unión Europea,* XIII Congreso Nacional de la AESSS, Murcia, Ed. Laborum, 2016.

un alto nivel de protección de la salud humana» (Art. 168, apartado 1, del TFUE). La responsabilidad primaria de protección de la salud y, en particular, de los servicios de salud, sigue siendo competencia de los Estados miembros. Sin embargo, la Unión desempeña un papel importante en la mejora de la salud pública, al prevenir y gestionar enfermedades, mitigar las fuentes de peligro para la salud humana y armonizar las estrategias de los Estados miembros en materia de salud. En fechas más reciente, la política de salud pública ha ganado protagonismo en la elaboración de las políticas europeas, con el Parlamento Europeo convirtiendo el cáncer en uno de sus ámbitos de interés ya a comienzos de la novena legislatura, la aparición de la pandemia de COVID-19 y el anuncio por parte de la Comisión de que está trabajando en pro de una Unión Europea de la Salud más fuerte.

Carril Vázquez, X., *Los derechos de la mujer a la libre elección de las circunstancias del parto. Un estudio comparado e internacional del a atención sanitaria por maternidad, desde la perspectiva del Derecho español,* Barcelona, Ed. Atelier, 2017.

Cavas Martínez, F. y Sánchez Triguero, C., "La protección social de la salud en la Constitución Europea", en *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales,* núm.57 (2005).

Currea-Lugo, V., *La salud como derecho humano,* Universidad de Deusto, Bilbao, 2005.

De Lora, P. y Zúñiga Fajuri, A., *El derecho a la asistencia sanitaria. Un análisis desde las teorías de la justicia distributiva,* Ed. Iustel, Madrid, 2009.

Doyal, L.y Gouh, I., *Teoría de las necesidades humanas,* Icaria, Barcelona, 1994.

Durand, P., *La política contemporánea de la Seguridad Social*, trad. y estudio preliminar de José Vida Soria, Ministerio de Trabajo y de la Seguridad Social, Madrid, 1991.

Escobar Roca, G., "El derecho a la protección de la salud", en VV.AA.: *Derechos sociales y tutela antidiscriminatoria,* Escobar Roca, G. (Dir.), Ed. Aranzadi, Cizur Menor (Navarra), 2012.

Ferrajoli, L., *Derechos y garantías. La ley del más débil,* Ed. Trotta, Madrid, 1999.

García De Cortázar Y Nebreda, C., "El co-pago de la asistencia sanitaria en el Derecho Comparado", en VV.AA., *La economía de la Seguridad Social. Sostenibilidad y viabilidad del Sistema,* Murcia, Eds. Laborum, 2006.

García De Cortázar, C., "¿Libre circulación de pacientes en la Unión Europea? La atención de los dependientes y la tarjeta sanitaria europea?", en *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales,* núm.47 (2003).

González Díaz, F.A., "Solidaridad: Derecho a la protección de la salud", en VV.AA., *Comentarios a la Constitución Europea, vol. 2: Los derechos y libertades,* Álvarez Conde, E. y Garrido Mayor, V. (Dirs.), Ed. tirant lo blanch, Valencia, 2004.

Hierro Hierro, F.J., *Problemas de coordinación de la asistencia sanitaria en el Derecho Europeo,* Ministerio de Trabajo e Inmigración, Madrid, 2009.

González Díaz, F.A., *Contenido y límites de la prestación de asistencia sanitaria,* Ed.Aranzadi, Cizur Menor (Navarra), 2003.

Gonzalo González, B., *Introducción al Derecho Internacional Español de Seguridad Social,* CES, Madrid, 1995.

Huelín Martínez De Velasco, J., "El fenómeno del turismo sanitario: la libre circulación de pacientes en la Unión Europea", en VV.AA., *Estudios sobre Derecho de la Salud,* Thomson-Aranzadi, Cizur Menor (Navarra), 2011.

Jimena Quesada, L.: "Retrospectiva del proceso de Turín: origen y trabajos preparatorios de la Carta Social Europea", *Revista del Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social,* núm. 137, 2018.

— "La consagración del control de convencionalidad por la jurisdicción constitucional en España y su impacto en materia de derechos socio-laborales (Comentario a la STC 140/2018, de 20 de diciembre), *Revista General de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social,* núm. 53, 2019.

— "El derecho humano a la seguridad social en el sistema universal de los derechos humanos y el papel central de la OIT", en ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL: *Seguridad Social para todas las personas. La protección de la Seguridad Social a las personas en situación de vulnerabilidad económica y fomento de su inclusión en el sistema de Seguridad Social de prestaciones no contributivas (1990-2020)* (V Congreso Internacional y XVIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Salud y Seguridad Social, Celebrado en Madrid, 2021), Murcia, Ed. Laborum, 2021.

Jonás, H., *El principio vida. Hacia una biología filosófica,* Ed. Trotta, Madrid, 2000.

— *El principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica,* Ed. Herder, Barcelona, 1995.

Landa Zapirain, J.P., "La Seguridad Social en el Derecho Comunitario (¿La emergencia de un modelo europeo de bienestar social?)", en VV.AA., *La Seguridad Social a la luz de las reformas pasadas, presentes y futuras,* Monereo Pérez,J.L., Molina Navarrete,C. y Moreno Vida, Mª.N. (Coords.), Ed.Comares, Granada, 2008.

Lema Añon, C., *Salud, Justicia, Derechos. El derecho a la salud como derecho social,* Ed. Diykinson, Madrid, 2009.

Llorente Álvarez, A. y Trillo García, A., "La regulación internacional de la protección de la salud", capítulo 2º de la obra, VV.AA.: *Comentario Práctico a la Legislación Reguladora de la Sanidad en España,* Monereo Pérez, J.L., Molina Navarrete,C. (Dirs.), Ed.Comares, Granada, 2007.

López Cumbre, L., "Los derechos del paciente en situación de dependencia: conexiones entre el sistema nacional de salud y el sistema para la atención y autonomía a la dependencia. Decálogo de un Encuentro", en Revista *Derecho y Salud,* vol. 19 -Extra (2010).

López Escudero, M., "Comentario al artículo 35. Protección de la salud", en VV.AA., *Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Comentario artículo por artículo,* Mangas Martín, A. (Dir.), González Alonso, L.N. (Coord.), Fundación BBVA, Bilbao, 2008.

López Insua, B.M., *El principio de igualdad de género en el Derecho Social del Trabajo,* Murcia, Ed. Laborum, 2017.

Ojeda Avilés, A., "El proceso de integración europea en materia de Seguridad Social: principios, fines y medios", en *REDT,* núm.107 (2001).

— "La convergencia europea en materia de Seguridad Social: los problemas de un Código internacional de prestaciones mínimas", en *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración,* núm. 84 (2009).

Marhold, F. y Pieters, D., "Asistencia sanitaria por enfermedad y por maternidad. El nuevo Reglamento de Coordinación de la Seguridad Social (UE) 883/2004", en *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales,* núm.64 (2006).

Menger, A., *El derecho civil y los pobres,* edición y estudio preliminar a cargo de J.L.Monereo Pérez, Ed.Comares (Col. Crítica del Derecho), Granada, 1998.

Miranda Boto, J.Mª., *Las competencias de la Comunidad Europea en Materia Social,* Ed.Aranzadi, Cizur Menor (Navarra), 2009.

Molina Navarrete,C., "Los 'sistemas nacionales' de 'dependencia' y 'asistencia sanitaria' en el marco del nuevo Reglamento comunitario de "Coordinación de los Sistemas de Seguridad Social", en VV.AA.: *Protección social en las relaciones laborales extraterritoriales,* Correa Carrasco, M. (Coord.), Madrid, Universidad Carlos III de Madrid-BOE, 2008.

Monereo Pérez, J.L.y Maldonado Molina, J.A., "Derecho a la asistencia social y médica (artículo 13)", en Monereo Atienza, C., y Monereo Pérez, J.L. (Dirs. y Coords.), *La garantía de los derechos fundamentales en el Consejo de Europa,* Granada, Ed. Comares, 2017.

Monereo Pérez, J.L.y Molina Navarrete, C., "La 'Asistencia Sanitaria' como 'derecho fundamental' y el 'sistema nacional de salud' como 'garantía institucional': Balance y desafíos para el siglo XXI de su modelo regulador", en VV.AA.: *Comentario Práctico a la legislación reguladora de la Sanidad en España,* Monereo Pérez,J.L., Molina Navarrete,C. y Moreno Vida, Mª.N. (Dirs. y Coords.), Granada, Ed.Comares, 2007.

Monereo Pérez, J.L., Moreno Vida, M.N., "Directiva Marco 89/39/CE como eje del derecho social comunitario de la prevención de riesgos laborales", en VV.AA., *Derecho Social de la Unión Europea. Aplicación por el Tribunal de Justicia,* Casas Baamonde, M. E.,y Gil Alburquerque, E. (Dirs), Madrid, Ed. Francis Lefebvre, 2ª ed., 2019.

Monereo Pérez, J.L., "La Coordinación Comunitaria de los Sistemas de Asistencia Sanitaria (I) y (II)", en *Revista Aranzadi Social,* núms.5-6 (2010).

— *La protección de los derechos fundamentales. El modelo europeo,* Ed. Bomarzo, Albacete, 2009.

— "Los derechos sociales en el Estado del Bienestar: los derechos sociales como derechos de «desmercantilización»", en *Revista del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social,* núm. 19 (1995).

— *Derechos sociales de ciudadanía y ordenamiento laboral,* Consejo Económico y Social de España, Madrid, 1996.

— *Los orígenes de la Seguridad Social en España: José Maluquer y Salvador,* Ed. Comares, Granada, 2007.

— "El derecho a la Seguridad Social", en VV.AA., *Comentario a la Constitución Socio-Económica de España,* Monereo Pérez,J.L., Molina Navarrete, C. y Moreno Vida, Mª.N. (Dirs.), Ed.Comares, Granada, 2002.

— "Seguridad Social y Ayuda Social", en VV.AA, *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. (Directores y Coordinadores), Ed. Comares, Granada, 2012.

— "Niveles de protección" (El sistema multinivel de garantía de los derechos fundamentales), en VV.AA, *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. (Directores y Coordinadores), Ed. Comares, Granada, 2012.

— "Protección de la salud", en VV.AA: *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. (Directores y Coordinadores), Ed. Comares, Granada, 2012.

— "Protección del medioambiente (artículo 37)", VV.AA, *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. (Directores y Coordinadores), Ed. Comares, Granada, 2012.

— "La salud como derecho humano fundamental", en *Relaciones Laborales: Revista crítica de teoría y práctica,* núm. 9 (2014).

— "Derecho al Desarrollo", en Monereo Tienza, C. y Monereo Pérez, J.L. (Dirs. y Coords.), *El Sistema Universal de los Derechos Humanos,* , Granada, Ed. Comares, 2014.

— "Derecho a la protección de la salud (Artículo 11)", en VV.AA., *La garantía de los derechos fundamentales en el Consejo de Europa,* Monereo Atienza, C. y Monereo Pérez, J.L. (Dirs. y Coords.), Granada, Ed. Comares, 2017.

— "Derecho a la seguridad social (Artículo 12)", en VV.AA., *La garantía de los derechos fundamentales en el Consejo de Europa,* Monereo Pérez, J.L. y Monereo Atienza, C. (Dirs. y Coords.), Granada, Ed. Comares, 2017.

— "¿Es la salud un derecho social fundamental? Elementos de fundamentación", en ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL., *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,* Murcia, Ed. Laborum, 2016.

— "La garantía internacional y europea de los derechos a la Seguridad Social y Asistencia Social", en *Estudios sobre Seguridad Social. Libro Homenaje al Profesor José Ignacio García Ninet,* Ballester Pastor, I., García Viñas, J. y Vicente Palacio, A. (Coords.), Barcelona, Ed. Atelier, 2017.

— "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

— Por un nuevo pacto social garantista de los derechos fundamentales para afrontar la crisis y la recuperación", en *Revista de Estudios Jurídico Laborales y de Seguridad Social (REJLSS),* núm. 1 (2020).

— *La garantía de los derechos de seguridad social en la carta social europea en tiempos de crisis,* Murcia, Ed. Laborum, 2021.

— "El derecho a la salud y a la asistencia sanitaria en los ordenamientos interno e internacional", en Monereo Pérez J.L., Rivas Vallejo, P., Vila Tierno, F., Moreno Vida, M.N. y Álvarez Cortés, J.C (DIRS), *Salud y asistencia sanitaria en España en tiempos de pandemia COVID-19*, Aranzadi, 2021, Tomo I.

— "La ciencia jurídica en la crisis del constitucionalismo democrático: Hans Kelsen", en *Lex Social, Revista De Derechos Sociales*, 12(2) (2022). 1-74. https://doi.org/10.46661/lexsocial.7370

— "La garantía de los derechos sociales en la Carta Social Europea como 'Constitución Social' de la Europa amplia", en *Revista Crítica de Relaciones de Trabajo, Laborum*. núm. 4 (2022).

Monereo Pérez, J.L. y Rivas Vallejo, P., *Prevención de riesgos laborales y medio ambiente,* Granada, Ed.Comares, 2010.

Monereo Pérez, J.L., Rivas Vallejo, P., Vila Tierno, F., Moreno Vida, M.N. y Álvarez Cortés, J.C (DIRS), *Salud y asistencia sanitaria en España en tiempos de pandemia COVID-19,* Aranzadi, 2021, Tomo I 1836 págs y Tomo II 1068 págs.

Nussbaum, M., *Las fronteras de la justicia. Consideraciones sobre la exclusión,* Eds. Paidós, Barcelona, 2007.

— *Crear capacidades. Propuesta para el desarrollo humano,* Barcelona, Ed. Paidós/Espasa Libros, 2012

— "Capacidades humanas y justicia social", en RIECHMANN,J. (Coord.), *Necesitar, desear, vivir. Sobre necesidades, desarrollo humano, crecimiento económico y sustentabilidad,* Los Libros de la Catarata, Madrid, 1998.

Ojeda Avilés, A., "La convergencia europea en materia de Seguridad Social: los problemas de un Código internacional de prestaciones mínimas", en *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, núm. 84.

Ordoñez Solís, D., *La protección judicial de los derechos fundamentales de solidaridad,* Ed.Comares, Granada, 2006.

Permán Gavín, J.Mª., *Asistencia sanitaria y Sistema Nacional de Salud. Estudios jurídicos,* Ed.Comares, Granada, 2005.

Pieters, D., *Los sistemas de Seguridad Social de los Estados miembros de la Unión Europea*, Tesorería General de la Seguridad Social, Madrid, 2004.

— *Introducción al Derecho de la Seguridad Social de los países miembros de la Comunidad Económica Europea,* Ed.Civitas-Instituto Nacional de la Seguridad Social, Madrid, 1992.

— "Coordinación de la Seguridad Social para un nuevo tipo de personas móviles", en VV.AA., *La Seguridad Social y las nuevas formas de organización del trabajo. Las carreras de seguro atípicas*, MTAS, Madrid, 2003.

— "Asistencia sanitaria, diez áreas de actuación", en VV.AA., *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,* Murcia, Ed. Laborum, 2016.

Quirós Hidalgo,J.G., "La participación del beneficiario en el coste de la prestación farmacéutica", en en VV.AA., *La economía de la Seguridad Social. Sostenibilidad y viabilidad del Sistema,* Eds. Laborum, Murcia, 2006.

Raepenbusch,S.V., *La Seguridad Social de los trabajadores migrantes en el Derecho Europeo,* Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid, 1992.

Raventós, D., *Las condiciones materiales de la libertad,* El Viejo Topo, Barcelona, 2008.

Rivero Lamas, J., *Protección de la salud y Estado Social de Derecho,* Real Academia de Medicina, Zaragoza, 2000.

Rodotá, S., *La vida y las reglas. Entre el derecho y el no derecho,* Ed.Trotta, Madrid, 2010.

Rodríguez-Rico Roldán, V., *El sistema multinivel de asistencia sanitaria: Tensiones y desafíos en su articulación,* Granada, Ed. Comares, 2016.

— *El régimen jurídico de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud tras las últimas reformas,* Murcia, Ed. Laborum, 2018.

Romero-Casabona, C (Dir.), *Principio de precaución, biotecnología y derecho*, Bilbao, Universidad Deusto/Ed. Comares, 2004.

Sánchez, E., "El principio de precaución: implicaciones para la salud pública, en *Gaceta sanitaria: Órgano oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria,* Vol. 16, núm. 5 (2002).

Sáchez Rodas , C. (Dir.), *La coordinación de los sistemas de Seguridad Social,* Murcia, Ed. Laborum, 2010.

Salcedo Beltrán, C. (DIR), *La Carta Social Europea. Pilar de recuperación y sostenibilidad del modelo social europeo. Homenaje al Profesor José Vida Soria,* Valencia, Tirant lo Blanch, 2021.

Sen, A., *La idea de la justicia,* trad. Hernando Valencia Villa, Ed. Taurus/Santillana Editores, Madrid, 2010.

TESORERÍA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL, *Los procedimientos de liquidación y recaudación en materia de Seguridad Social en los Estados miembros de la Unión Europea,* Documento de Trabajo, TGSS, Madrid, 2010.

TESORERÍA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL, *Observatorio del fraude: una experiencia sobre el seguimiento del fraude en la Seguridad Social Española,* Documento de Trabajo, Madrid, TGSS, 2010.

Trillo García, A.R., "La coordinación de las prestaciones sanitarias en los Reglamentos Comunitarios 883/2004 y 987/2009", en VV.AA., *La coordinación de los sistemas de Seguridad Social. Los Reglamentos 883/2004 y 987/2009,* Sánchez-Rodas Navarro, C. (Dir.), Eds. Laborum, Murcia, 2010.

Tortuero Plaza, J.L., "El derecho a la asistencia sanitaria española: asegurados y beneficiarios", en VV.AA.: *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, celebrado en Madrid, octubre de 2016),* Murcia, Ed. Laborum, 2016.

Venturi, A., *Los fundamentos científicos de la Seguridad Social,* trad. Gregorio Tudela Cambronero, Madrid, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1995.

Vida Fernández, J., "Las prestaciones sanitarias del SNS: catálogo de prestaciones y carteras de servicio", en VV.AA., *La reforma del Sistema Nacional de Salud. Cohesión, calidad y estatutos profesionales,* Parejo, L., Palomar, A. y Vaquer, M.(Coords.), Marcial Pons, Madrid, 2004.

Vida Soria, J., Monereo Pérez, J.L.y Maldonado Molina, J.A., "Solidaridad y protección social en el marco de la Constitución europea", en Quesada Segura, R.: *La Constitución europea y las relaciones laborales,* CARL, Sevilla, 2004.

VV.AA., *Problemática de la Seguridad Social Europea,* Instituto Europeo de Relaciones Industriales, Ed.Comares, Granada, 1999.

VV.AA., *European Social Security and Global Politics,* Danny Pieters (ed.), Kluwer Law International, London-The Hague-New York, 2003.

VV.AA., *Comentario Práctico a la Legislación Reguladora de la Sanidad en España,* Monereo Pérez,J.L., Molina Navarrete,C. y Moreno Vida, Mª.N. (Dirs), Ed.Comares, Granada, 2007.

VV.AA., *Protección social en las relaciones laborales extraterritoriales,* Correa Carrasco, M. (Coord.), Universidad Carlos III de Madrid-BOE, Madrid, 2008.

VV.AA., *La reforma del Sistema Nacional de Salud. Cohesión, calidad y estatutos profesionales,* Parejo, L., Palomar, A.y Vaquer,M.(Coords.), Marcial Pons, Madrid, 2004.

VV.AA., *Derecho y Medicina. Cuestiones jurídicas para profesionales de la salud,* Rivas Vallejo, P. y García Valverde, Mª (Dirs.), Ed.Aranzadi, Cizur Menor (Navarra), 2009.

VV.AA, *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. (Directores y Coordinadores), Ed. Comares, Granada, 2012.

VV.AA, *El Sistema Universal de los Derechos Humanos,* Monereo Atienza, C. y Monereo Pérez, J.L. (Directores y Coordinadores), Ed. Comares, Granada, 2014.

VV.AA, *Derecho Social de la Unión Europea. Aplicación por el Tribunal de Justicia,* Casas Baamonde, M.E. y Gil Alburquerque, R. (Dirs.), Madrid, Ed. Francis Lefebvre, 2018.

VV.AA., *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*, Murcia, Editorial Laborum, 2016.

Walzer, M., *Las esferas de la justicia. Una defensa del pluralismo y la igualdad,* FCE, México, 1997.

nº Extraordinario 4
ISSN: 2386-7191 – ISSNe: 2387-0370

El derecho a la salud en el Ámbito Internacional y de la Unión Europea. Tratamiento actual y desafíos futuros[1]

The right to health at the international level and at the european union level. Current treatment and future challenges

María José Caballero Pérez *Profesora Contratada Doctora de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social Universidad de Granada*
https://orcid.org/0000-0003-3131-8604

Resumen

Dentro de la sociedad internacional, el derecho a la promoción y protección de la salud cuenta con una organización especializada en velar por su cumplimiento (la OMS), y su consagración como derecho fundamental e inherente a la dignidad de todo ser humano es reflejada en distintos textos normativos atribuyendo a los Estados partes una serie de deberes y responsabilidades que acentúan el papel proactivo que éstos deben adoptar en orden a conseguir su plena efectividad. La irrupción de la crisis sanitaria derivada de la pandemia de la COVID-19 ha tenido un impacto negativo en el cumplimiento de todos estos objetivos en un contexto de sistemas sanitarios aún más frágiles y debilitados y ha puesto de relieve las deficiencias del Reglamento Sanitario Internacional de 2005. Las normas comunitarias se han limitado a la coordinación de las políticas sanitarias nacionales, y no a su armonización, descartándose la posibilidad de implantar un sistema de asistencia sanitaria europeo, común a todos a los Estados miembros de la Unión. Además de la vía de los reglamentos de coordinación, la actual Directiva 2011/24/UE, de 9 de marzo, incorporada al Ordenamiento Jurídico español a través del RD 81/2014, de 7 de febrero, pretende atribuir a todo ciudadano de la UE el derecho a recibir en cualquier Estado miembro una asistencia sanitaria segura y de calidad, no solo en el ámbito público, sino también en el privado, así como el derecho a obtener de su Estado de aseguramiento el reembolso de los gastos sanitarios derivados de tal asistencia en el extranjero, conforme a un procedimiento alternativo al previsto en los Reglamentos de coordinación. Tras la pandemia de la COVID-19 la UE parece haber asumido de manera decidida el objetivo de construir una "Unión Europea de la Salud" fuerte.

Palabras Clave

derecho fundamental; derecho a la salud; asistencia sanitaria; coordinación; derecho comunitario; Unión Europea de la salud; COVID-19

Abstract

Within the international society, the right to health promotion and protection has an organization specialized in ensuring its compliance (WHO), And its consecration as a fundamental right inherent to the dignity of every human being is reflected in various normative texts attributing to States parties a series of duties and responsibilities that emphasize the proactive role that they must take in order to achieve their full effectiveness. The outbreak of the health crisis resulting from the COVID-19 pandemic has had a negative impact on the fulfillment of all these objectives in the context of even more fragile and weakened health systems and has highlighted the shortcomings of the International Health Regulations of 2005. The Community rules have been limited to the coordination of national health policies, not to their harmonization, and the possibility of establishing a European health care system, common to all the Member States of the Union, has been ruled out. In addition to the route of coordination regulations, the current Directive 2011/24/EU, of 9 March, incorporated into the Spanish legal system through RD 81/2014, of 7 February, It seeks to give every EU citizen the right to receive safe, quality health care in any Member State, not only in the public but also in the private sphere, and the right to obtain reimbursement from its State of Insurance for health costs arising from such assistance abroad, under an alternative procedure to that provided for in the Coordination Regulations. Following the COVID-19 pandemic, the EU seems to have taken up firmly the objective of building a strong European Health Union.

Keywords

fundamental right; right to health; healthcare; coordination; community law; European Health Union; COVID-19

[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

1. LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN EL MARCO INTERNACIONAL Y SUS NUEVOS RETOS DENTRO DE LA AGENDA 2030 DE NACIONES UNIDAS

Aunque son varios los instrumentos normativos internacionales en los que se proclama el derecho de todo ser humano a la promoción y protección de la salud[2], destaca especialmente el compromiso asumido desde su inicio por la Organización de Naciones Unidas (ONU,1945) en la defensa de este derecho básico y universal, al reconocerlo expresamente como tal dentro de sus principales textos normativos y crear, con carácter permanente, una organización internacional especializada en la materia como es la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946).

De hecho, fue en la Constitución de la OMS de 1948[3] donde el derecho a la salud, y más exactamente el derecho a disfrutar del "grado más alto posible de salud", quedó por primera vez proclamado a nivel internacional como un derecho fundamental e inherente a la dignidad de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. A raíz de su promulgación, la salud se concibe no solo como una mera ausencia de afecciones o enfermedades, sino como "un estado de completo bienestar físico, mental y social", y además se reconoce que, sin perjuicio de las funciones que en esta materia habrá de desempeñar la propia Organización (a cuya enumeración se destina el art. 2 de la Constitución), serán los Estados los responsables de garantizar la salud de sus pueblos -como condición fundamental para lograr la paz y la seguridad- mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas (principio incluido en el Preámbulo de la Constitución).

Esta identificación de la salud con el "completo bienestar" físico, mental y social, volvió a estar presente con posterioridad en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la ONU, de 10 de diciembre de 1948[4], cuando en su 25.1 reconoce que "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios […]", y "[…] el derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad". De modo que, junto al resto de bienes jurídicos básicos que la norma enumera, tanto la salud como el bienestar o la asistencia sanitaria se consideran parte del contenido esencial del derecho humano a un nivel de vida digno o adecuado. La protección de la salud se eleva a la categoría de derecho inherente a la dignidad de toda persona sin distinción, y esta concepción deberá ser la que rija en el tratamiento normativo que realice nuestro Estado sobre este derecho *ex* art. 10 de la Constitución Española, en cuyo apartado 2 se alude expresamente a la Declaración Universal de Derechos Humanos para otorgarle un valor interpretativo de las normas españolas constitucionales relativas a las libertades públicas y a los derechos fundamentales.

No obstante, el derecho a la protección de la salud recibiría una atención más específica y particularizada años más tarde, a través del art.12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos,

[2] El derecho a la salud se reconoce, en particular, en el inciso iv) del apartado e) del artículo 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, de 1965; en el apartado f) del párrafo 1 del artículo 11 y el artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, de 1979; así como en el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, de 1989. Varios instrumentos regionales de derechos humanos, como la Carta Social Europea de 1961 (art. 11), la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, de 1981 (art. 16), y el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1988 (art. 10), también reconocen el derecho a la salud.

[3] La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, y firmada en esta última fecha por los representantes de 61 Estados, entrando en vigor el 7 de abril de 1948.

[4] La Declaración fue proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en París, el 10 de diciembre de 1948 en su Resolución 217 A (III) como un ideal común para todos los pueblos y naciones.

Sociales y Culturales de la ONU, de 16 de diciembre de 1966 (PIDESC)[5]. Con una terminología similar a la empleada por la Constitución de la OMS, el citado precepto comienza reconociendo "el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental" (apartado 1), para continuar atribuyendo a los Estados Partes, en su apartado 2, una serie de obligaciones que acentúan el papel proactivo que éstos deben desempeñar a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho y evitar que quede reducido en una mera declaración de propósitos o buenas intenciones. En concreto dispone que, entre las medidas que deberán y podrán adoptar, figurarán las necesarias para "a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil y el sano desarrollo de los niños. b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente. c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole y la lucha contra ellas. d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad."[6]

Estos deberes específicos, directamente relacionados con la protección de salud, se añaden a las obligaciones generales que el propio PIDESC impone a cada Estado Parte en relación a la plena satisfacción de todos los derechos en ella reconocidos, como es la de "adoptar medidas, individualmente y mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, con miras a lograr progresivamente la plena realización de los derechos […] por todos los medios apropiados, incluida en particular la adopción de medidas legislativas" (art. 2.1), o la de garantizar que estos derechos se ejerciten sin discriminación alguna "por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, propiedad, nacimiento u otra condición" (art. 2.2)[7]. Si bien también se aprecia, atendiendo al tenor literal de lo prescrito, que el mandato de adoptar medidas garantistas de los derechos proclamados se encuentra en cierto modo atemperado, al permitir que su cumplimiento se efectúe de forma progresiva y en la medida en que las disponibilidades económicas de cada Estado lo permitan[8].

Interpretando este derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud, reconocido en el citado art. 12 del PIDESC, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) también puso de relieve en su Observación General núm. 14 (2000) varios aspectos destacables del mismo, contribuyendo de este modo a delimitar su contenido en pos de facilitar a los Estados su plena aplicación.

En primer lugar resalta que se trata de un derecho fundamental estrechamente vinculado a otros derechos humanos, indispensable para el ejercicio efectivo de los demás derechos y dependiente, a su vez, de la satisfacción plena de aquéllos, entre los que se incluyen "el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la

[5] El Pacto Internacional fue adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas mediante la Resolución 2200A (XXI), el 16 de diciembre de 1966. y entró en vigor el 3 de enero de 1976. En palabras del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC), expresadas en su Observación General núm. 14 (2000), punto 2, esta norma contiene el artículo más exhaustivo sobre el derecho a la salud que se pueda encontrar dentro del Derecho Internacional de los Derechos Humanos.

[6] Tal y como aclara el CDESC en la Observación General núm. 14 (2000), punto 13, se trata de una lita incompleta de ejemplos que sirve de orientación para definir las medidas que deben adoptar los Estados

[7] Destaca Labrada Rubio, V. que, aunque el Pacto Internacional supuso una reiteración de los principales derechos humanos ya reconocidos en otros textos internacionales, introdujo como elemento novedoso el compromiso asumido por los Estados de que estos derechos fueran efectivamente garantizados. En *Introducción a la teoría de los derechos humanos: fundamento. Historia. Declaración universal de 10 de Diciembre de 1948*, Civitas, 1998, pág. 111.

[8] En cualquier caso, matiza el CDESC en su Observación General núm. 14 (2000), punto 31, que "La realización progresiva del derecho a la salud a lo largo de un determinado período no debe interpretarse en el sentido de que priva de todo contenido significati o las obligaciones de los Estados Partes. Antes al contrario, la realización progresiva significa que los Estados Partes tienen la obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena realización del artículo 12"

igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación".

En segundo lugar precisa que "el derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano", ya que "un Estado no puede garantizar la buena salud ni puede brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano", como son "los factores genéticos, la propensión individual a una afección y la adopción de estilos de vida malsanos o arriesgados". Por el contrario, el CDESC considera que "debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel posible de salud", incidiendo en que, en todo caso, es "un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada, sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva".

Y en tercer lugar, identifica y define una serie de cualidades interrelacionadas y esenciales que habrán de concurrir en los medios puestos a disposición por cada Estado para la consecución del derecho a la salud, aunque reconoce que su nivel de alcance dependerá de las condiciones prevalecientes y del estado de desarrollo que presente el país en cuestión. En concreto, estos elementos son:

- "Disponibilidad", que implica que cada Estado deberá de disponer de un número suficiente de establecimientos, bienes, servicios públicos de salud, centros de atención de la salud y programas adecuados, debiendo incluir tales servicios los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.
- "Accesibilidad" de los establecimientos, bienes y servicios de salud, que deberán ser accesibles a todos, sin ninguna discriminación, desde un punto de vista físico (deberán estar al alcance geógrafico de todos los sectores de la población, y en especial de los grupos vulnerables o marginados), económico (los pagos por los servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos), e informativo (ese acceso deberá comprender el derecho de solicitar, recibir y difundir información acerca de las cuestiones relacionadas con la salud, sin que en ningún caso pueda producirse un menoscabo del derecho a que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad)
- "Aceptabilidad", en el sentido de que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.
- "Calidad" de los establecimientos, bienes y servicios de salud, que deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico. La buena calidad exige, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

En todo caso, a la señalada flexibilidad que el PIDESC confiere a los Estados Partes a la hora de garantizar la plena efectividad del derecho a la protección de la salud -y del resto de derechos-, al

permitirles que su logro sea progresivo y en función de los recursos de los que dispongan, se ha de añadir la debilidad de los mecanismos establecidos para vigilar y controlar su cumplimiento.

En términos generales, la técnica articulada en los arts. 16 y 17 del PIDESC parte de la obligación impuesta a los Estados Partes de presentar, ante el Secretario General de las Naciones Unidas, informes periódicos sobre las medidas (legislativas, políticas, judiciales, administrativas o de cualquier otra índole) que hayan adoptado para el disfrute de estos derechos y los progresos realizados, pudiendo igualmente expresar los factores y dificultad s que hayan afectado al grado de cumplimiento de sus obligaciones en la materia. Estos informes estatales (sus copias) son remitidos para su examen al Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, y éste podrá a su vez dar traslado de los mismos al CDESC (art. 19 del PIDESC) para su revisión y ulterior emisión de unas observaciones finales que consistirán, fundamentalmente, en valorar el estado de cumplimiento de los derechos del PIDESC en el Estado Parte en cuestión y en formular, si procede, recomendaciones para logra una implementación más efectiva de estos derechos.

Sin embargo, las sugerencias y recomendaciones incluidas en estas observaciones finales carecen de carácter jurídicamente vinculante para los Estados Partes[9], siendo esta carencia, y en particular la falta de un procedimiento que permitiera a los particulares presentar denuncias oficiales ante el Comité, la que en cierta medida pretendió ser corregida con el Protocolo Facultativo aprobado el 10 de diciembre de 2008 en la 66ª sesión plenaria de Asamblea General de Naciones Unidas, al atribuir al CDESC competencias para recibir y examinar las comunicaciones individuales que le sean elevadas, bien por particulares o grupos de personas que aleguen la vulneración de alguno de los derechos del PIDESC por un Estado Parte, bien por un Estado Parte que considere que otro Estado Parte no cumple sus obligaciones dimanantes del Pacto[10].

En el año 2000, la comunidad internacional volvió a resaltar la importancia de garantizar la buena salud de los pueblos para el desarrollo humano, incluyendo este reto en cuatro de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que, con el propósito de impulsar la lucha contra la pobreza, el hambre y las enfermedades, acordaron conseguir para el año 2015 los Estados Miembros de la ONU[11]. En particular, los objetivos que estaban directamente relacionados con la salud eran el número 1, sobre la erradicación de la pobreza extrema y el hambre; el número 4, dirigido a reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años; el número 5, destinado a mejorar la salud materna; y el número 6, propuesto para combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades. Y aunque en el Informe final del 2015[12] se afirmaba haber logrado avances significativos en la consecución de

[9] El hecho de que los derechos sociales del PIDESC hayan contado con un sistema de protección debilitado y menos garantista que el previsto para el cumplimiento de los derechos contenidos en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de la ONU (PIDCP), de 19 de diciembre de 1966, desembocó en el debate doctrinal sobre la limitada *"justiciabilidad"* de los derechos económicos, sociales y culturales. En este sentido, Mejía R., J.A. denunciaba la profunda contradicción que suponía el que, desde el plano teórico y normativo, se reconociera el carácter indivisible e interdependiente de todos los derechos humanos, pero desde la perspectiva práctica, a la mayoría de los derechos económicos, sociales y culturales se les tratara como derechos de segunda clase en comparación con los derechos del PIDCP, a los que sí se les considera derechos perfectos al generar prerrogativas para los particulares y obligaciones para el Estado judicialmente exigibles. En "Aspectos teóricos y normativos de la *justiciabilidad* de los derechos económicos, sociales y culturales", *Revista IIDH*, núm. 51, 2010, pág. 60.

[10] Sobre el Pacto *vid*. Riquelme Cortado, R.: "Entrada en vigor de Los Protocolos Facultativos del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y de la Convención sobre los Derechos del Niño relativos a un procedimiento de comunicaciones", *Revista Española de Derecho Internacional*, Sección Estudios, vol. 66, núm. 2, 2014, págs. 11-48.

[11] Los ODM se crearon como una hoja de ruta para poner en marcha la Declaración del Milenio, aprobada por resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas el 13 de septiembre de 2000. https://www.cepal.org/es/temas/objetivos-de-desarrollo-del-milenio-odm/objetivos-desarrollo-milenio (consultado el 2 de junio de 2022).

[12] El informe ofrece una evaluación final del progreso mundial y regional alcanzado hacia los ODM desde que éstos fueran aprobados, en el año 2000, hasta el año 2015. Para ello, el informe se basa en una serie de datos originales reunidos por el Grupo Interinstitucional y de Expertos sobre los indicadores de los ODM bajo la coordinación del

todos los ODM, también se reconocía que el progreso había sido desigual en las diferentes regiones y países, dejando enormes brechas y déficits en muchas áreas que debían ser abordados en una nueva agenda universal y transformadora de desarrollo.

En lo concerniente a la salud, el Informe resaltaba la necesidad de incrementar los esfuerzos estratégicos para asegurar vidas saludables y promover el bienestar de todas las personas en todas las edades, insistiendo especialmente en la conveniencia de que los Estados continuaran trabajando para ampliar la atención sanitaria, intensificar los servicios y la investigación, garantizar políticas audaces, mejorar la prevención y, fundamentalmente, extender la cobertura universal de la salud evitando la exclusión[13]. Una filosofía que fue la que inspiró la formulación del amplio objetivo que, en materia de salud, incluye la actual Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 25 de septiembre de 2015 como un plan de acción que gira en torno a la consecución de 17 Objetivos (ODS), de carácter integrado e indivisible, que abarcan las esferas económica, social y ambiental en favor de la prosperidad[14].

Se trata del Objetivo 3, consistente en "garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos en todas las edades", y desglosado en una serie de ambiciosas metas, entre las que se encuentran las centradas en reducir la mortalidad derivada de ciertas enfermedades (SIDA, tuberculosis, malaria, adicciones…) u otras causas concretas (accidentes de tráfico. exposición a productos químicos peligrosos o a la contaminación del aire, agua y suelo…); la de lograr una cobertura sanitaria universal, de calidad, y accesible a todas las personas por igual, al margen de sus circunstancias económicas, así como el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos (meta 3.8); o la de aumentar sustancialmente la financiac ón destinada al ámbito de la salud y a la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario, especialmente en los países menos adelantados (meta 3.c).

No obstante, la irrupción de la pandemia de COVID-19 sin duda ha tenido un impacto negativo en el cumplimiento de todos los ODS, y en especial en el relacionado con la salud y el bienestar, cuya consecución se ha visto ralentizada o incluso revertida por la dificultad de alcanzar sus metas en un contexto de sistemas sanitarios aún más frágiles y debilitados[15]. Si bien cabe esperar que, esta situación de emergencia global, también haya permitido generar una mayor conciencia

Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas https://mdgs.un.org/unsd/mdg/Home.aspx (consultado el 2 de junio de 2022).

[13] Pág. 50 del Informe Final 2015 sobre los ODM. https://mdgs.un.org/unsd/mdg/Home.aspx (consultado el 2 de junio de 2022).

[14] El documento final, adoptado mediante Resolución núm. 70/1 de la Asamblea General de las Naciones Unidas bajo el título "Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible", está disponible en la página web oficial de la ONU: https://www.un.org/es/ga/70/resolutions.shtml (consultado el 2 de junio de 2022). Desde su aprobación, se ha venido reflexionan o en torno al valor jurídico de la Agenda 2030, sin poner en duda que, en cualquier caso, los objetivos en ella propuestos representan un desafío internacional sin precedentes. Así en García-Martín, L.: "Agenda 2030 y el desarrollo sostenible: reflexiones en torno a su naturaleza jurídica y aplicación en el derecho internacional por parte de los Estados y las empresas", *Iberoamerican Journal of Development Studies, forthcoming,* DOI: 10.26754/ojs_ried/ijds.689, 2021; Díaz-Galán, E.: "El valor jurídico de la Agenda 2030 sobre Desarrollo Sostenible: ¿una nueva tendencia normativa?", *Iberoamerican Journal of Development Studies, forthcoming*, DOI: 10.26754/ojs_ried/ijds.634, 2021; Díaz Barrado, C.M.: "Los objetivos de desarrollo sostenible: un principio de naturaleza incierta y varias dimensiones fragmentadas", *Anuario Español de Derecho Internacional,* vol. 32, 2016, pág. 9-48.

[15] Así se desprende del Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2022, elaborado por la Red de Soluciones para el Desarrollo Sostenible (*Sustainable Development Solutions Network* - SDSN). En él se revisa el progreso en la implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, se advierte de la reversión de años de avance en la erradicación de la pobreza y el hambre, la mejora de la salud y la educación, o en la prestación de servicios básicos, y se proponen una serie de medidas para lograr un plan global de financiación de los ODS, principalmente dirigidas a los países del G20, como el incremento de la Ayuda Oficial al Desarrollo y refinanciación de la deuda con los países de bajos ingresos, o el aumento de la capacidad crediticia de los Bancos Multilaterales de Desarrollo. https://www.sustainabledevelopment.report/ (consultado el 10 de junio de 2022).

sociopolítica sobre la importancia de la salud como condición previa del desarrollo sostenible, y sobre la consiguiente necesidad de fortalecer la inversión mundial tanto en servicios públicos de salud como en investigación sanitaria, haciendo realidad las metas 3.b, 3.c y 3.d del ODS 3[16].

De otro lado, es igualmente destacable en este nuevo contexto de crisis sanitaria, con la que actualmente confluyen otras crisis mundiales de tipo climático, geopolítico o militar, el protagonismo asumido por la OMS -como autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en la ONU- en la elaboración de una respuesta internacional que orientase a los países a gestionar la emergencia de salud mundial al amparo del Reglamento Sanitario Internacional de 2005[17].

Este último instrumento jurídico internacional, de carácter vinculante para todos los Estados Miembros de la OMS, se creó con la finalidad de "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 innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales" (art. 2 del Reglamento). Fue dictado conforme a los arts. 21 a) y 22 de la Constitución de la OMS, en los que se le atribuye a la Organización la facultad de adoptar reglamentos «destinados a prevenir la propagación internacional de enfermedades», y desde entonces constituye el marco jurídico regulador de las funciones y deberes que tanto los Estados Partes como la OMS se comprometen a asumir en la gestión de los sucesos y situaciones que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia nacional o internacional, y de otros aspectos tales como el concerniente a los requisitos que han de respetar los puertos, aeropuertos y pasos fronterizos terrestres internacionales, o el referido al establecimiento de Centros Nacionales de Enlace y Puntos de Contacto de la OMS, encargados de tramitar las comunicaciones urgentes entre los Estados Partes y la Organización.

Al no limitar su aplicación a enfermedades determinadas[18], el Reglamento se formuló con vocación de permanencia en el tiempo frente a la evolución continua de las enfermedades y de los factores que determinan su aparición y transmisión. Lo que en cierto modo se consiguió -pese a los avatares epidemiológicos acontecidos durante su vigencia- hasta que, en los últimos años, las deficiencias detectadas en la gestión del brote de ébola y de la posterior pandemia de COVID-19 han puesto de relieve la necesidad de someter el Reglamento a una nueva revisión que modernice sus previsiones y refuerce su aplicación y cumplimiento. Un cambio que actualmente se encuentra en proceso con los debates que se vienen desarrollando -en el seno de la Organización- sobre el contenido de las propuestas de enmienda presentadas por los Estados Partes conforme al art. 55 de la

[16] Meta 3.b.: "Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio en lo relativo a la flexibilida para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos". Meta 3.c.: "Aumentar sustancialmente la financiac ón de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo". Meta 3.d.: "Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial".

[17] El Reglamento Sanitario Internacional fue adoptado por la Asamblea de la Salud en 1969 y posteriormente modificado en 1973, en 1981, y finalm nte en 2005, siendo esta su versión actual, aprobada por la 58ª Asamblea Mundial de la Salud el 23 de mayo de 2005 por medio de la resolución WHA58.3.1, el Reglamento entró en vigor el 15 de junio de 2007. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246186/9789243580494-spa.pdf (consultado el 5 de junio de 2022).

[18] Los Reglamentos de 1969, que inicialmente abarcaban seis «enfermedades cuarentenables», fueron modificados en 1973 4 y 1981 5, fundamentalmente para reducir de seis a tres el número de enfermedades comprendidas (fiebre amarilla, peste y cólera) y para reflejar la erradicación mundial de la viruela

propia norma internacional[19], y que parece estar en la línea de acentuar el poder decisorio de la OMS sobre las políticas sanitaria nacionales durante una situación de emergencia de salud pública global[20].

2. LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN LA UNIÓN EUROPEA

Aunque la protección de salud y, en particular, la organización y gestión de la asistencia sanitaria, siguen siendo competencia de los Estados miembros, el papel desempeñado en este ámbito por la Unión Europea (UE) ha ido adquiriendo con el paso del tiempo, y especialmente en estos últimos años de crisis sanitaria, un mayor protagonismo en pro de conseguir una "Unión Europea de la Salud"[21] que atienda al compromiso asumido por esta institución en el art. 168.1 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (TFUE)[22], consistente en garantizar "un alto nivel de protección de la salud humana" a través del diseño y ejecución de todas sus políticas y acciones. Un compromiso que también se encuentra recogido en el art. 35 de la Carta de Derechos Fundamentales de la UE[23] cuando, tras reconocer a toda persona el derecho "a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales", prosigue atribuyendo a la UE la responsabilidad de "garantizar un alto nivel de protección de la salud humana" en la definición y ejecución todas sus políticas y acciones, dando cuenta así del carácter transversal que habrá de tener la política sanitaria europea para alcanzar esa meta social[24].

Efectivamente, el que corresponda a cada Estado Miembro definir su correspondiente política nacional de salud, incluidas todas las decisiones referentes a la gestión, organización y prestación de sus servicios de salud y de atención médica, o a la asignación de los recursos que se deban destinar

[19] Dispone este artículo del Reglamento Sanitario Internacional, en su apartado 1, que "Cualquiera de los Estados Partes o el Director General podrán proponer enmiendas al presente Reglamento". En su apartado 2, que "Esas propuestas de enmienda se someterán a la consideración de la Asamblea de la Salud", aunque " El texto de las enmiendas propuestas será transmitido por el Director General a todos los Estados Partes al menos cuatro meses antes de la reunión de la Asamblea de la Salud en la que se propondrá su consideración". Y en su apartado 3, que "Las enmiendas del presente Reglamento que adopte la Asamblea de la Salud de conformidad con el presente artículo entrarán en vigor para todos los Estados Partes en los mismos términos y con sujeción a los mismos derechos y obligaciones previstos en el Artículo 22 de la Constitución de la OMS y en los artículos 59 a 64 del presente Reglamento".

[20] El 20 de enero de 2022, el Director General de la OMS comunicó a los Estados Partes una propuesta de oenmienda presentada por los Estados Unidos que afectaba a los arts. 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 18, 48, 49, 53 y 59 del Reglamento Sanitario Internacional, instándoles a adoptar todas las medidas adecuadas para estudiar posibles enmiendas. Tras la presentación de las enmiendas propuestas por los Estados Unidos, se llevó a cabo un proceso consultivo en el seno de la OMS en el que la Unión Europea también participó, y en el transcurso de los debates -desarrollados entre los meses de marzo, abril y mayo de 2022- se alcanzó un consenso entre los participantes para proceder a la adopción de las enmiendas formuladas al art. 59 del Reglamento, consistentes en acortar el plazo necesario para modificar las disposiciones del Reglamento mediante la reducción del plazo de entrada en vigor de cualquier enmienda de 24 a 12 meses. *Vid*. Exposición de Motivos de la Decisión (UE) 2022/830 del Consejo, de 20 de mayo de 2022, relativa a la posición que debe adoptarse en nombre de la Unión Europea en el septuagésimo quinto período de sesiones de la Asamblea Mundial de la Salud en relación con determinadas enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional (2005). DOUE L/147/33, de 30 de mayo de 2022.

[21] Expresión acuñada y empleada por la presidenta de la Comisión Europea, Ursula Von der Leyen, en su discurso ante el Parlamento Europeo sobre el estado de la Unión ante la pandemia de COVID. En él destacaba la necesidad de poner en marcha una Unión Europea de la Salud fuerte, que permitiera a todos sus países prepararse para prevenir, responder y combatir mejor futuras pandemias y crisis sanitarias. Página web oficial de la Unión Europea: https://ec.europa.eu/info/strategy/strategic-planning/state-union-addresses/state-union-2020_es (consultada el 15 de junio de 2022).

[22] Versión consolidada de 2016, DOUE C-202, de 7 de junio de 2016, págs. 1- 361.

[23] Versión consolidada de 2016, DOUE C-202, de 7 de junio de 2016, págs. 389- 405.

[24] Álvarez González, E.M.: "Las libertades comunitarias como fundamento del derecho a la asistencia sanitaria transfronteriza. ¿Cómo se justifica este derecho tras el Brexit*?", Revista de Estudios Jurídicos*, Universidad de Jaén, núm. 21, 2021, https://doi.org/10.17561/rej.n21.6753 (consultado el 15 de junio de 2022). Cantero Martínez J., y Garrido Cuenta, N.M.: "Ciudadanía, Asistencia Sanitaria y Unión Europea", *Anuario de la Facultad de Derecho de la Universidad Autónoma de Madrid (AFDUAM),* núm. 18, 2014, pág. 106.

a dichos servicios (art. 168.7 TFUE), no ha impedido a la Unión complementar esas políticas nacionales con acciones dirigidas a "mejorar la salud pública, prevenir las enfermedades humanas y evitar las fuentes de peligro para la salud física y psíquica" (art. 168.1, párrafo, 2º TFUE), a fomentar la "cooperación" entre los Estados miembros en esta materia (art. 168. 2 TFUE), y a promover la "coordinación" de las distintas políticas sanitarias nacionales a través de la Comisión (art. 168. 2, párrafo 2º, TFUE). Funciones que son sintetizadas por el art. 6 a) TFUE indicando que, en el ámbito de la protección y mejora de la salud humana, "la Unión dispondrá de competencia para llevar a cabo acciones con el fin de apoya , coordinar o complementar la acción de los Estados miembros".

Estas posibilidades de intervención de la UE en materia de salud han desembocado en una progresiva conformación de la vertiente sanitaria del Derecho Social Comunitario que, como recuerda el Tribunal de Justicia de la UE (TJUE), deberá ser respetado por cada Estado miembro en el ejercicio de sus competencias para articular la acción prestacional de sus sistemas de Seguridad Social[25], dentro de los que se presuponen incardinadas las prestaciones de asistencia sanitaria. Pero el carácter complementario y subsidiario que las disposiciones aludidas confieren a la acción institucional europea en el área sanitaria también explica que, tradicionalmente, las normas comunitarias se hayan limitado a la coordinación de las diferentes políticas sanitarias nacionales y no a su armonización, quedando descartada la implantación de un sistema de asistencia sanitaria europeo, común a todos a los Estados miembros de la Unión.

Esa falta de armonización de los sistemas nacionales de asistencia sanitaria plantearía desde un primer momento problemas para los movimientos transfronterizos realizados por ciudadanos y trabajadores de la UE al amparo del principio de libre circulación, a cuyo reconocimiento y regulación se destinan los actuales arts. 21.1 TFUE, según el cual «todo ciudadano de la Unión tendrá derecho a circular y residir libremente en el territorio de los Estados miembros, con sujeción a las limitaciones y condiciones previstas en los Tratados y en las disposiciones adoptadas para su aplicación», y 45 TFUE, donde se establece que «quedará asegurada la libre circulación de los trabajadores dentro de la Unión» (apartado 1), y que ésta «supondrá la abolición de toda discriminación por razón de la nacionalidad entre los trabajadores de los Estados miembros, con respecto al empleo, la retribución y las demás condiciones de trabajo» (apartado 2).

De ahí que las normas de coordinación en materia de asistencia sanitaria obedecieran desde su configuración inicial a la necesidad de garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la libre circulación de personas en el marco de la Unión; a evitar que la coexistencia en la UE de diversos sistemas sanitarios nacionales -cada uno de ellos con sus propias particularidades y diferencias en cuanto a las vías de financiación, ámbito material y personal de aplicación y procedimiento- repercutiera negativamente en el derecho a la protección de la salud de las personas que, por razones de empleo, mera estancia o residencia, decidieran desplazarse desde su Estado de aseguramiento a otro u otros Estados miembros de la UE[26].

[25] En las SSTJUE de 12 de julio de 2001, asunto C-157/99, *Smits y Peerbooms*, apartados 44 a 46; de 13 de mayo de 2003, asunto C-385/99, *Müller-Fauré y Van Riet*, apartado 100; y de 23 de octubre de 2003, asunto C-56/01, *Inizan* , apartado 17, expresamente se indicaba que, si bien "[…]el Derecho comunitario no restringe la competencia de los Estados miembros para organizar sus sistemas de Seguridad Social […]", de modo que "[...] corresponde, pues, a la legislación de cada Estado miembro determinar, por una parte, los requisitos del derecho o de la obligación de afiliarse a un régimen de Seguridad Social […] y, por otra parte, los requisitos que confieren derecho a las prestaciones […]", se había de tener en cuenta que, en todo caso, "[…] en el ejercicio de dicha competencia, los Estados miembros deberán respetar el Derecho comunitario".

[26] Señala Álvarez González, E.M., *óp. cit.*, pág. 6, que "[…] la consolidación de las libertades fundamentales de circulación de personas, servicios, mercancías y capitales, así como la de establecimiento reconocidas en los distintos Tratados constitutivos -desde el Tratado de Maastrich de 1992- y, actualmente, en el TFUE han llevado al establecimiento paulatino de un sistema de protección de la salud de las personas con movilidad transfronteriza. Si bien [...] se trata de una regulación parcial y tangencial cuyo objeto principal no es procurar la asistencia sanitaria de los ciudadanos europeos sino garantizar el ejercicio de la libertad de circulación de las personas o la libre prestación de servicios".

A este propósito atendieron los antiguos Reglamentos (CE) del Consejo núm. 1408/1971, de 14 de junio 1971, relativo a la aplicación de los regímenes de Seguridad Social a los trabajadores por cuenta ajena y a sus familiares que se desplacen dentro de la Comunidad[27], y núm. 574/1972, de 21 de marzo de 1972, por el que se establecen las modalidades de aplicación del Reglamento anterior[28].

La acción coordinada de los sistemas nacionales de Seguridad Social que la UE desplegó a través de ellos se extendió a las prestaciones de asistencia sanitaria -bajo el entendimiento de que tales prestaciones se incluyen en el ámbito material de aplicación de todos los sistemas nacionales de Seguridad Social de la Unión[29]-, y se limitó a establecer los criterios de conexión entre las diferentes legislaciones nacionales, así como de distribución de las cargas económicas entre los distintos regímenes estatales[30]. Con su aprobación se aspiraba a garantizar a los ciudadanos de la UE, principalmente a los trabajadores por cuenta ajena y por cuenta propia, una igualdad de trato en el acceso a las prestaciones de asistencia sanitaria (y al resto de prestaciones de Seguridad Social en general) cualquiera que fuera su Estado miembro de trabajo, estancia o residencia, y en definitiva se pretendía conformar, a través de la coordinación, el derecho a una asistencia sanitaria transfronteriza.

Expresamente indicaba el Reglamento (CE) núm. 1408/1971 en su Exposición de Motivos que, para garantizar a los trabajadores que se desplazan dentro de la Comunidad "la igualdad de trato con respecto a las distintas legislaciones nacionales" y "el mantenimiento de los derechos y beneficios adquiridos y en curso de adquisición", era conveniente "respetar las características propias de las legislaciones nacionales de Seguridad Social y elaborar únicamente un sistema de coordinación".

Y a esta lógica siguen atendiendo los Reglamentos comunitarios de coordinación actualmente en vigor en materia de Seguridad Social: el Reglamento (CE) núm.883/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, sobre la coordinación de los sistemas de Seguridad Social[31], y el Reglamento (CE) núm. 987/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de septiembre de 2009, por el que se adoptan las normas de aplicación de aquél[32]. Ambos comportaron la derogación y sustitución de los Reglamentos comunitarios antes citados (núm. 1408/1971 y núm. 574/1972), con efectos desde el 1 de mayo de 2010[33], al objeto de clarifica , simplificar y modernizar unas normas de coordinación que habían sido modificadas en numerosas ocasiones "para reflejar no ya sólo la evolución experimentada a nivel comunitario, incluidas las sentencias del Tribunal de Justicia, sino también los cambios producidos en las legislaciones nacionales", y que por tal motivo resultaban "complejas y sumamente extensas" (Exposición de Motivos Reglamento núm. 883/2004)[34].

No obstante, la vía de los reglamentos de coordinación no es la única mediante la que la UE ha intervenido normativamente para garantizar a sus ciudadanos el derecho a la asistencia sanitaria en situaciones transfronterizas. Junto a ellos, convive la actual Directiva 2011/24/UE, de 9 de marzo,

[27] DOCE L-149, de 5 de julio de 1971, págs. 2-50.

[28] DOCE L-74, de 27 de marzo de 1972, págs. 1-83.

[29] García Murcia, J. y Rodríguez Cardo, I.A: «Asistencia sanitaria transfronteriza en el ámbito de la Unión Europea de la seguridad social de trabajadores migrantes a una regulación específica», *Foro: Revista de ciencias jurídicas y sociales*, vol. 17, núm. 1, 2014, pág. 313.

[30] Sánchez-Rodas Navarro, C.: «Sobre la (in)competencia de las instituciones europeas para reformar los sistemas públicos de pensiones nacionales a la luz del derecho de la UE y de los tratados internacionales», *Cuadernos de derecho transnacional*, vol. 10, núm. 1, 2018, pág. 397.

[31] DOUE L- 166, de 30 de abril de 2004, págs. 1-123.

[32] DOUE L- 284, de 30 de octubre de 2009, págs. 1-42.

[33] La fecha de entrada en vigor del Reglamento (CE) 883/2004 se pospuso por su art. 91 a la fecha en que su Reglamento de aplicación, Reglamento (CE) 987/2009, entrara en vigor (1 de mayo de 2010 *ex* art. 97 de Reglamento de aplicación).

[34] García de Cortázar y Nebreda, C.: "La coordinación de regímenes de Seguridad Social. El Reglamento CEE 1408/71. Simplificación y extensión a nacionales de terceros Estados", *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 42, 2003, pág. 74. Afirman estos autores que, a causa de su continuo crecimiento y de la adaptación de nuevas necesidades, el Reglamento (CEE) 1408/1971 se quedó rápidamente desfasado.

sobre derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza[35], aprobada también desde el respeto pleno a las particularidades de los diferentes sistemas nacionales de salud de la UE, e incorporada al Ordenamiento Jurídico español a través del RD 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza y se modifica el RD 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación[36].

El cometido de la nueva norma comunitaria fue el de atribuir a todo ciudadano de la UE el derecho a recibir en cualquier Estado miembro una asistencia sanitaria segura y de calidad, no solo en el ámbito público -como se limitan a reconocer los Reglamentos comunitarios de coordinación-, sino también en el privado, así como el derecho a obtener de su Estado de aseguramiento el reembolso de los gastos sanitarios derivados de tal asistencia en el extranjero, conforme a un procedimiento alternativo al previsto en los Reglamentos de coordinación. En particular supuso la codificación de la jurisprudencia creada por el TJUE a raíz de sus sentencias de 28 de abril de 1998, asunto C-158/96, *Kohll* y asunto C-120/95, *Decker*, consistente en reconocer, al margen de los Reglamentos de coordinación y al amparo de la libre prestación de servicios y la libre circulación de mercancías, la posibilidad de elegir el Estado miembro donde recibir tratamiento médico o adquirir productos sanitarios con receta médica, sin necesidad de autorización previa del Estado de aseguramiento y con derecho a obtener de éste el reembolso de los gastos hasta el límite previsto para ese tipo de tratamiento o producto en su propio sistema de salud.

De modo que, adhiriéndose a esta corriente judicial europea, la Directiva trataría de facilitar la movilidad de pacientes dentro de la Unión otorgándoles mayor libertad en la elección del Estado miembro del que recibir tratamiento médico, pero tomando como base jurídica, no la libre circulación de trabajadores como en el caso de los Reglamentos de coordinación, sino el art. 168 TFUE sobre salud pública y el art. 114 del TFUE sobre mejora del funcionamiento del mercado interior y la libre circulación de mercancías, personas y servicios, dentro de los que comenzaría a entenderse incluida la asistencia sanitaria como parte del marco más amplio de servicios de interés general.

Incluso, más allá de facilitar la libre circulación de pacientes dentro de la UE, la Directiva también se propuso asentar las bases para el establecimiento de unos principios comunes a los diferentes sistemas sanitarios europeos, como es el de seguridad y calidad de las prestaciones sanitarias, y para la creación de un espacio de cooperación e intercambio de información entre Estados miembros en ámbitos como el de la sanidad electrónica, las recetas, o el tratamiento de enfermedades raras, con la finalidad de garantizar la continuidad de la prestación transfronteriza de asistencia sanitaria[37]. Y aunque la norma ciertamente supuso una mejora y avance en el terreno de la colaboración entre Estados miembros, el Tribunal de Cuentas Europeo publicó en 2019 un Informe manifestando que, sin perjuicio de que las medidas de la UE en el ámbito de la asistencia sanitaria transfronteriza fueran ambiciosas y reforzaran la cooperación interestatal, era necesario una mejor gestión de las mismas, debido a que los pacientes de la UE seguían teniendo dificultades para acceder a la asistencia sanitaria en el extranjero y no disponían de una información clara a este respecto[38].

Aspectos en los que vuelve a incidir el más reciente Informe de la Comisión al Parlamento Europeo y al Consejo, sobre el funcionamiento de la Directiva 2011/24/UE, de 12 de mayo de 2022, donde se evalúa la aplicación práctica de la norma en cuestiones como los sistemas de reembolso, la autorización previa, los procedimientos administrativos y el cobro a los pacientes entrantes, y

[35] DOUE L-88, de 4 de abril de 2011, págs. 45-65.

[36] BOE de 8 de febrero de 2014.

[37] Sobre el proceso de elaboración de la Directiva y el debate político suscitado en torno a la misma, *vid*. Cervell Hortal, M.J.: "Pacientes en la Unión Europea: libertad restringida y vigilada", *Cuadernos de Derecho Transnacional*, vol. 3, núm. 2, octubre de 2011, pág. 51 y ss.

[38] Informe especial titulado «Medidas de la UE en el ámbito de la asistencia sanitaria transfronteriza: ambiciones importantes, pero se requiere una mejor gestión», página web del Tribunal de Cuentas Europeo: https://www.eca.europa.eu/Lists/ECADocuments/SR19_07/SR_HEALTH_CARE_ES.pdf (consultado el 21 de febrero de 2022).

se llega a la conclusión de que, hasta la fecha, si bien se debe considerar que la Directiva ha sido moderadamente eficaz en la consecución de sus objetivos de facilitar la movilidad de pacientes dentro de la Unión, su potencial para mejorar el acceso a la asistencia sanitaria transfronteriza sigue encontrando algunos obstáculos, tales como el bajo nivel de sensibilización sobre los derechos de los pacientes a la asistencia sanitaria transfronteriza; una información inadecuada a los pacientes; unas cargas administrativas desproporcionadas; e incertidumbre sobre los costes de la asistencia sanitaria en el extranjero y el reembolso[39].

En cualquier caso, la pandemia de COVID-19 ha vuelto a poner de manifiesto la necesidad de seguir actuando a nivel de la Unión para apoyar la cooperación y la coordinación entre los Estados miembros en materia de asistencia sanitaria. En este sentido, han sido varias las medidas adoptadas por la institución europea para mejorar la coordinación ante el reto de afrontar las crisis de salud pública antes, durante y después de que acaezcan. En particular, las Directrices sobre la ayuda de emergencia de la UE en la cooperación transfronteriza en materia de asistencia sanitaria[40] establecieron un mecanismo de coordinación a escala de la UE y enfatizaron los derechos de los pacientes al reembolso, la transferencia de historiales médicos, la continuidad de la asistencia y el reconocimiento de las recetas cuando se recibe asistencia sanitaria en el extranjero.

De otro lado, la red de sanidad electrónica, creada en virtud del art. 14 de la Directiva, contribuyó a desarrollar y poner en marcha dos iniciativas para proteger la salud pública y garantizar la libre circulación de personas: la interoperabilidad a escala de la UE de las aplicaciones de rastreo de contactos y alerta, y el certific do COVID digital de la UE[41]. E igualmente destacable ha sido la creación de la Autoridad de Preparación y Respuesta ante Emergencias Sanitarias (HERA), como organismo permanente creado por la Comisión Europea para mejorar la preparación y las respuestas a las emergencias transfronterizas, reforzando la cooperación, la coordinación y la solidaridad europeas e internacionales en el ámbito de la seguridad sanitaria[42].

2.1. La coordinación comunitaria de los sistemas de asistencia sanitaria: Reglamentos (CE) 883/2004 y 987/2009

Con el fin último de garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la libre circulación de personas dentro de la UE, los Reglamentos comunitarios núm. 883/2004, de 29 de abril de 2004, y núm. 987/2009, de 16 de septiembre de 2009, contienen una serie de reglas de coordinación de los diferentes sistemas nacionales de Seguridad Social cuya aplicación se extiende a las prestaciones de asistencia sanitaria como parte integrante de la acción protectora de estos sistemas. Por tanto, su aprobación no supuso una armonización de los diversos sistemas nacionales mediante normas sustantivas que homogeneizaran en todo o en parte su configuración, o mediante la creación de un modelo único de Seguridad Social, o de Asistencia Sanitaria en particular, aplicable a todos los Estados miembros la UE, sino que sus reglas simplemente se limitaron a coordinar los sistemas públicos ya existentes en cada uno de los Estados respetando su diversidad[43].

[39] Informe disponible en la página web de la UE: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/HTML/?uri=COM:2022:210:FIN (consultado el 30 de junio de 2022).

[40] DOUE C-111, de 3 de abril de 2020, págs. 1-5.

[41] Reglamento (UE) 2021/953 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 14 de junio de 2021, relativo a un marco para la expedición, verificación y aceptación de certificados COVID-19 interoperables de vacunación, de prueba diagnóstica y de recuperación (certifica o COVID digital de la UE) a fin de facilitar la libre circulación durante la pandemia de COVID-19 (DOUE L- 211 de 15 de junio de 2021, pág.1).

[42] La *European Health Emergency preparedness and Response Authority* (HERA) - Autoridad Europea de Preparación y Respuesta ante Emergencias Sanitarias - fue creada para prevenir, detectar y responder rápidamente a las emergencias sanitarias por Decisión de la Comisión Europea de 16 de septiembre de 2021: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_21_4672 (consultado el 20 de junio de 2022).

[43] Afirma Monereo Pérez, J.L., en "La coordinación comunitaria de los sistemas de asistencia sanitaria (I y II)", *Aranzadi Social: Revista Doctrinal*, núm. 5-6, 2010, pág. 47, que "no existe un único modelo europeo de Sistema de Salud proveedor de asistencia sanitaria. Es competencia y responsabilidad de los países miembros la determinación

Al igual que sus predecesores, la entrada en vigor de los actuales Reglamentos comportó, como regla general, que los convenios bilaterales que habían sido suscritos con anterioridad entre Estados miembros de la UE en materia de Seguridad Social quedaran derogados, sin perjuicio de que determinadas disposiciones de esos convenios, expresamente mencionadas en el anexo I del Reglamento (CE) 987/2009, se decidieran mantener por resultar más favorables para los beneficiarios o por derivar de circunstancias históricas específicas y tener un efecto temporal limitado [art. 8.1 del Reglamento (CE) 883/2004][44]. Una salvedad que fue interpretada *in extenso* por la jurisprudencia del TJUE al considerar que, a la luz del principio de intangibilidad de los derechos nacionales, cualquier convenio suscrito entre dos o más Estados miembros antes de la entrada en vigor de los Reglamentos de coordinación, en tanto que integrado en sus correspondientes ordenamientos jurídicos internos, debía gozar de preferencia aplicativa sobre aquéllos en caso de que, antes de ser sustituido, hubiera permitido generar derechos en curso de adquisición[45].

De otro lado, dado que la finalidad de los Reglamentos era y es garantizar la provisión de servicios sanitarios en los desplazamientos que se produzcan en el marco de la UE, del Espacio Económico Europeo (Noruega, Islandia y Liechtenstein) y de Suiza, su ámbito subjetivo de aplicación estuvo originariamente limitado a los nacionales de estos Estados y a los apátridas y refugiados con residencia legal en alguno de ellos, "que estén o hayan estado sujetos a la legislación de uno o de varios Estados miembros, así como a los miembros de sus familias y a sus supérstites" [art. 2.1 Reglamento (CE) núm. 883/2004], quedando igualmente incluidos los supérstites de personas no nacionales que hubieran estado sujetas a la legislación de uno o de varios Estados miembros, siempre que dichos supérstites sean nacionales de uno de los Estados miembros o apátridas o refugiados con residencia en alguno de ellos [art. 2.2 Reglamento (CE) núm. 883/2004].

Sin embargo, a raíz del Reglamento (CE) núm. 1231/2010, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 24 de noviembre de 2010[46], el radio de acción de los Reglamentos de coordinación también fue extendido a los nacionales de terceros países, así como a los miembros de sus familias y a sus supérstites, que acrediten tener residencia legal en el territorio de un Estado miembro y siempre que su situación no esté circunscrita, en todos sus aspectos, al interior de un solo Estado miembro[47].

---

de las prestaciones y su gestión, y a la Unión Europea le corresponde actuar en el doble plano de complementariedad de la acción de los Estados y coordinación de esas acciones nacionales. En este contexto europeo, la finalidad principal de los Reglamentos Comunitarios, ha sido coordinar los sistemas de Seguridad Social y Asistencia Sanitaria de los Estados que integran la Unión".

Aunque como puntualiza Carrascosa Bermejo, D., en "Los Reglamentos de la Unión Europea sobre coordinación de los sistemas de Seguridad Social (Rgtos CE/883/2004 y CE/987/2009): propuesta de modificación de 13-12-2016 y tendencias interpretativas en la reciente jurisprudencia del Tribunal de Justicia", *Actum Social nº 119. Monográfico 2017, Lefebvre*, pág. 5, la "armonización y coordinación no deberían contemplarse como técnicas jurídicas antagónicas sino complementarias (61), pues resulta evidente que la segunda precisa un mínimo de armonización y similitud entre sistemas para poder alcanzar en la práctica sus objetivos tuitivos".

[44] Como es obvio, la asistencia sanitaria en terceros Estados sí continúa siendo tratada en los respectivos Convenios bilaterales o multilaterales existentes en la materia. Sobre esta cuestión, Sánchez Carrión, J.L.: *Los convenios bilaterales de Seguridad Social en el Derecho español*, Edit. Dykinson, Madrid, 2008, págs. 78-83.

[45] SSTJUE de 9 de noviembre de 1995, asunto C-475/93, *Thevenon*; de 5 de julio de 1998, asunto C-113/96, Gómez Rodríguez; de 9 de noviembre de 2000, asunto C-75/99*, Telen*; y de 5 de febrero de 2002, asunto C-277/99, *Kaske*.

[46] El Reglamento (CE) núm. 1231/2010 (DOUE núm. 344, de 29 de diciembre de 2010, págs. 1-3, sustituyó al Reglamento (CE) núm.859/2003, abriendo la posibilidad de aplicar la normativa de coordinación previa [Reglamento (CE) núm. 1408/71 y Reglamento (CE) núm. 574/72] a los ciudadanos extracomunitarios residentes legales en un Estado miembro.

[47] Esta ampliación afectó a todos los Estados obligados a aplicar los Reglamentos comunitarios de coordinación excepto a Dinamarca y Reino Unido. Sobre esta cuestión, *vid.* García De Cortázar Y Nebreda, C.: "Extensión de las normas de coordinación de Seguridad Social a los nacionales de terceros Estados. El reglamento UE 1231/10", *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración: Revista del Ministerio de Empleo y Seguridad Social*, núm. 97, 2012, págs. 15-32.

En cuanto al alcance de la expresión "miembro de la familia", el art. 1.i) Reglamento (CE) núm. 883/2004 nos remite a la delimitación que de la misma realice "la legislación en virtud de la cual se sirvan las prestaciones", o a la que efectúe "la legislación del Estado miembro en el que se resida" de tratarse de prestaciones en especie por enfermedad, maternidad o paternidad, con las siguientes precisiones: en caso de que la legislación aplicable guarde silencio al respecto, "se considerarán miembros de la familia el cónyuge, los hijos menores de edad y los hijos mayores de edad a cargo"; y si la legislación aplicable supedita la condición de miembro familiar al requisito de la convivencia, "esta condición se considerará cumplida cuando la persona de que se trate esté principalmente a cargo de la persona asegurada o del titular de una pensión".

En todo caso, la aplicación de los Reglamentos de coordinación requiere que la persona desplazada por el espacio territorial referido, además de ostentar los citados requisitos de nacionalidad o residencia legal, tenga la condición de asegurada al sistema de Seguridad Social de un Estado miembro, entendiendo por "persona asegurada" la que "reúna las condiciones requeridas por la legislación del Estado miembro competente con arreglo al título II para tener derecho a las prestaciones" [art. 1. c) Reglamento (CE) núm. 883/2004], y por "Estado miembro competente" aquél a cuyo sistema de Seguridad Social esté afiliado el interesado en el momento de solicitar la prestación [art.1 q) y s) Reglamento (CE) núm. 883/2004]. De modo que los actuales Reglamentos dejaron de limitarse a quienes ejercieran una actividad profesional -como así parecía ocurrir en el anterior Reglamento (CE) núm. 1408/1971 al emplear el término "trabajador" en referencia a los sujetos beneficiarios de sus reglas[48]-, para extenderse a toda persona asegurada en el sistema de Seguridad Social de cualquier Estado miembro, ya sea por desempeñar un trabajo por cuenta ajena o por cuenta propia, ya sea por ser solicitante o titular de una prestación con arreglo a la legislación de uno o más Estados miembros. Lo que ciertamente supuso una deslaboralización formal del derecho a la asistencia sanitaria en situaciones transfronterizas[49] -pues su regulación dejó de pivotar sobre el concepto de trabajador para avanzar hacia el concepto de asegurado-, pero no llegó a comportar una universalización de este derecho al descartarse el empleo de conceptos más amplios como el de ciudadano o paciente[50].

Por lo que respecta al ámbito material de aplicación de los Reglamentos de coordinación, ya hemos avanzado que en su articulado se presta especial atención a las prestaciones sanitarias bajo la denominación de "prestaciones en especie", a las que se refiere el art.1 v bis) del Reglamento (CE) 883/2004 indicando que, esta modalidad de prestaciones, normalmente incluida en el elenco de prestaciones que cubren las contingencias de enfermedad, maternidad, paternidad asimilada, accidente de trabajo y enfermedad profesional, deben ser identificadas en cada Estado miembro con aquéllas "*destinadas a proveer, facilitar, abonar directamente o reembolsar los costes de la atención sanitaria y de los productos y servicios accesorios de dicha atención*". Lo que explica que la STJUE de 10 de enero de 1980, asunto 69/79, *Jordens-Voster*, advirtiera ya en aquel momento de que la aplicación de

[48] Pese a que el Reglamento (CE) núm. 1408/1971 utilizaba el término "trabajador", la jurisprudencia del TJUE mantuvo reiteradamente que dicho concepto abarcaba a las personas que, aunque no ejercieran actividad alguna, se encontraban afiliad s a un régimen de Seguridad Social, siendo la sumisión a una legislación de Seguridad Social de un Estado miembro la que determinaba la aplicación de la disposición reglamentaria. Así en sus Sentencias de 31 de mayo de 1979, asunto 182/78, *G. Pierik*; y de 9 de julio de 1987, asuntos acumulados 82/86 y 103/86, *Laborero y Sabato*.

[49] García De Cortázar Y Nebreda, C.: "Articulación e interrelación entre las vías de reembolso del Reglamento CE/883/2004 y las de la Directiva 2011/24/UE", en AA.VV.: *Reembolso de gastos por asistencia sanitaria transfronteriza en la Unión Europea*, Carrascosa Bermejo, D. (Dir.), Francis Lefebvre, Madrid, 2014, págs. 130-133.

[50] Destacaban en este sentido Cantero Martínez, J. y Garrido Cuenca, N.M., que si bien el protagonista y destinatario de las políticas sanitarias es el ciudadano de la Unión, "sin embargo, estamos muy lejos de la posibilidad de que cualquier ciudadano de cualquier Estado miembro por el mero hecho de serlo pueda disfrutar del haz de derechos que reconoce la normativa comunitaria". En "Ciudadanía, asistencia sanitaria y Unión Europea", *Anuario de la Facultad de Derecho de la Universidad Autónoma de Madrid*, (Ejemplar dedicado a: Las fronteras del derecho biosanitario), núm. 18, 2014, pág. 93.

los Reglamentos comunitarios de coordinación no estaba en función de la concreta calificación que pudiera recibir una prestación por parte de la legislación nacional de un Estado miembro, sino de que los elementos constitutivos de esa prestación (principalmente su finalidad y los requisitos para obtenerla) coincidieran con los definidos en la norma comunitari [51].

En particular, el Reglamento destina el capítulo I de su Título III a la coordinación europea de las prestaciones de asistencia sanitaria en los casos de enfermedad, maternidad y paternidad asimilada, y para ello distingue distintas situaciones de transnacionalidad con la doble lógica de determinar, en cada una de ellas, cuál de los Estados miembros involucrados en la movilidad debe proveer las prestaciones de asistencia sanitaria y cuál debe asumir los gastos de la asistencia dispensada[52].

Estas distintas situaciones que la norma comunitaria regula son las de residencia y estancia en un Estado miembro distinto del competente, que conforman lo que se ha dado en llamar "asistencia sanitaria no programada", y las de desplazamiento a otro Estado miembro, también distinto del de afiliación, para obtener prestaciones sanitarias de aquél a través de la conocida como "asistencia sanitaria programada". En todas ellas deberá regir, como máxima común, el principio de igualdad de trato consagrado en el art. 4 del mismo texto reglamentario, según el cual "las personas a las cuales sean aplicables las disposiciones del presente Reglamento podrán acogerse a los beneficios y estarán sujetas a las obligaciones de la legislación de todo Estado miembro en las mismas condiciones que los nacionales de dicho Estado". Con lo que quedó vetada cualquier tipo de discriminación por razón de nacionalidad que pudiera resultar de la legislación de Seguridad Social del Estado considerado competente para prestar la asistencia sanitaria.

Para el caso de "residencia", entendida por el art.1 j) Reglamento (CE) núm. 883/2004 como el "lugar en el que una persona reside habitualmente", el art. 17 de la misma norma estipula que las personas aseguradas, o los miembros de sus familias, que residan en un Estado miembro distinto del competente, tendrán derecho a recibir prestaciones de asistencia sanitaria del Estado de residencia en los mismos términos y condiciones que las impuestas a sus nacionales en su propia normativa, correspondiendo al Estado de afiliación asumir los costes de dicha asistencia mediante el reembolso de los gastos derivados de la misma.

A tales efectos, la persona asegurada o los miembros de su familia deberán inscribirse en la institución del lugar de residencia y acreditarán su derecho a las prestaciones en especie en el Estado miembro de residencia mediante una certificación, que será expedida por la institución competente a petición de la persona asegurada o de la institución del lugar de residencia, y cuya validez se extenderá hasta que la institución competente notifique su anulación a la institución del lugar de residencia [art. 24.1 y 2 Reglamento (CE) núm. 987/2009 y Decisión núm. S6, de 22 de diciembre de 2009, de la Comisión Administrativa de coordinación de los sistemas de Seguridad Social[53], relativa

[51] Indicaba literalmente esta sentencia que "se da por sentado que la exigencia de una aplicación uniforme del Derecho comunitario dentro de la Comunidad implica que los conceptos a los que se refiere este Derecho no varíen en función de las particularidades de cada Derecho nacional, sino que se basen en criterios objetivos, definidos en un marco comunitario", y que "conforme a este principio, el concepto de «prestaciones de enfermedad y de maternidad», que figura en la letra a) del apartado 1 del artículo 4 del Reglamento n° 1408/71, debe determinarse, para la aplicación de este Reglamento, en función no del tipo de legislación nacional en que figuran las disposiciones internas que prevén las referidas prestaciones, sino en función de las normas comunitarias que determinan los elementos constitutivos de dichas prestaciones". Concluyendo con la afirmación de que la expresión prestaciones de enfermedad y de maternidad "debe entenderse en el sentido de que engloba las prestaciones previstas por una legislación en materia de invalidez y que tienen carácter de prestaciones en concepto de atenciones sanitarias de naturaleza médica o quirúrgica".

[52] Explican Cavas Martínez, F. y Sánchez Triguero, C.: "La protección de la salud en la Constitución Europea", *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Derecho social Internacional y Comunitario*, núm. 57, 2005, pág. 407, que las prestaciones en especie, "por naturaleza, son inexportables" y por ello "se han previsto soluciones específicas para los distintos supuestos en los que el beneficiario no se encuentra en el Estado compete

[53] Conforme al art. 72 a) del Reglamento (CE) núm. 883/2004, esta Comisión Administrativa se encarga de resolver todas las cuestiones administrativas o de interpretación derivadas de las disposiciones del Reglamento (CE) núm.

a la inscripción en el Estado miembro de residencia con arreglo al art. 24 del Reglamento (CE) núm. 987/2009, y a la elaboración de los inventarios a que se refiere el art. 64, apartado 4, del Reglamento (CE) núm. 987/2010[54]].

La misma distribución de responsabilidades entre Estados miembros opera en los casos de "estancia", entendida como lugar de "residencia temporal" *ex* art. 1.k) Reglamento (CE) núm. 883/2004. Según el art. 19 del Reglamento, las personas aseguradas o los miembros de sus familias que se hallen en un Estado miembro distinto del competente, tendrán derecho durante su estancia "a las prestaciones en especie necesarias, desde un punto de vista médico […], tomando en consideración la naturaleza de las prestaciones y la duración prevista de la estancia", y será el Estado de estancia el obligado a proveer la prestación conforme a lo dispuesto en su propia normativa y "*como si los interesados estuvieran asegurados en virtud de dicha legislación*", y el Estado de afiliación el encargado de asumir los costes derivados de la asistencia prestada.

Por lo que, a diferencia de lo estipulado para los supuestos de residencia, el Estado donde el asegurado se encuentre de estancia no estará obligado a dispensarle cualquier prestación sanitaria que éste requiera, sino tan solo aquéllas que, en función de su carácter y del tiempo estimado de estancia, se consideren necesarias desde una perspectiva médica al objeto de evitar que la persona se vea obligada a anticipar su regreso al Estado miembro competente para recibir ese tratamiento [art. 25. A. 3 del Reglamento (CE) núm. 987/2009]. Una definición a la que la Comisión Administrativa de coordinación de los sistemas de Seguridad Social, a través de su Decisión núm. S3, de 12 de junio de 2009[55] [por la que se definen las prestaciones contempladas en el artículo 19apartado 1, y en el art. 27, apartado 1, del Reglamento (CE) núm. 883/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, así como en el art. 25, sección A, apartado 3, del Reglamento (CE) núm. 987/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo], consideró que se ajustaban las prestaciones destinadas a cubrir enfermedades crónicas o ya existentes, así como la maternidad o el parto, siempre que el propósito de la estancia en otro Estado no hubiera sido el de recibir dichos tratamientos[56].

Además, en cumplimiento del mandato contenido en el apartado 2 del art. 19 del Reglamento, consistente en elaborar "*una lista de las prestaciones en especie que, para poder ser otorgadas durante una estancia en otro Estado miembro, precisen, por motivos de orden práctico, un acuerdo previo entre el interesado y la institución que facilite la prestación*", la referida Comisión incluyó en la misma Decisión núm. S3 un elenco no exhaustivo de tratamientos médicos vitales, que solo pueden ser ofrecidos por unidades médicas especializadas o por personal o equipo especializado -como son la diálisis renal, la oxigenoterapia, el tratamiento especial para el asma, la ecocardiografía en caso de enfermedades crónicas autoinmunes y la quimioterapia-, y para los que se exigirá previo acuerdo entre la persona asegurada y la unidad que lo dispense con el objeto de garantizar la continuidad de ese tratamiento médico durante la estancia.

En cualquier caso, este derecho a obtener prestaciones sanitarias medicamente necesarias durante las situaciones de estancia temporal en un Estado miembro diferente del competente se acreditará, con independencia de que la estancia obedezca a motivos turísticos, profesionales o formativos, mediante la tarjeta sanitaria europea articulada en la Decisión núm. S1, de 12 de junio de 2009, de la Comisión Administrativa de Coordinación de los sistemas de Seguridad Social. Un documento de validez temporal, de cuya cobertura quedan expresamente excluidas las estancias que tengan por objeto recibir tratamiento médico, y con cuya expedición se garantiza a su titular, así como a los miembros de su familiar, el acceso a la asistencia sanitaria necesaria en el Estado miembro de

883/2004 y del Reglamento (CE) núm. 987/2009.

[54] DOUE C-107 de 27 de abril de 2010, págs. 6 y 7.

[55] DOUE C-106 de 24 de abril de 2010, págs. 40 y 41.

[56] Con el Reglamento (CE) nº 1408/71 el derecho a recibir asistencia sanitaria en los casos de estancia temporal en otro Estado miembro se circunscribía a la imprevista, a la necesaria debido a una enfermedad repentina.

estancia en los mismos términos y condiciones que sus nacionales (en cuanto a procedimientos y tarifas), y el consiguiente reembolso de los gastos por parte del Estado miembro competente[57].

En lo que respecta a la asistencia sanitaria programada, el art. 20 del Reglamento 883/2004 dispone, en primer lugar, que cuando la persona asegurada (o los miembros de su familia) se desplace a otro Estado miembro distinto del competente con el objetivo de recibir un tratamiento adecuado a su estado de salud "*deberá solicitar la autorización"* a su Estado de aseguramiento (apartado 1)[58], y en segundo lugar, que una vez autorizada, tendrá derecho a las prestaciones sanitarias facilitadas por el Estado de destino conforme a las disposiciones de su legislación y en las mismas condiciones que los asegurados en tal país, quedando también en este caso a cargo del Estado de aseguramiento los costes derivados del tratamiento programado (apartado 2)[59].

No obstante, la exigencia de autorización previa no podrá legitimar un comportamiento discrecional y arbitrario de las autoridades nacionales en su concesión, que prive de eficacia a libertades comunitarias fundamentales como es la libre circulación de ciudadanos o la libre prestación de servicios. Su reconocimiento deberá estar justificado "en criterios objetivos, no discriminatorios y conocidos de antemano, de forma que queden establecidos los límites del ejercicio de la facultad de apreciación de las autoridades nacionales", y deberá estar basado, además, en "un sistema procedimental suficientemente accesible y adecuado para garantizar a los interesados que sus solicitudes serán tramitadas en un plazo razonable y con objetividad e imparcialidad y que podrán, en su caso, recurrir judicialmente contra las eventuales denegaciones de autorización"[60].

Y a esta finalidad de garantizar la ausencia de arbitrariedad por parte de los Estados miembros en el otorgamiento de las autorizaciones de desplazamiento solicitadas por sus asegurados con fines médicos, es a la que obedece el art. 20 del Reglamento (CEE) 883/2004 al exigir que la autorización sea en todo caso concedida "cuando el tratamiento de que se trate figure entre las prestaciones previstas por la legislación del Estado miembro en que resida el interesado y cuando, habida cuenta de su estado de salud en ese momento y de la evolución probable de la enfermedad, dicho tratamiento no pueda serle dispensado en un plazo justificable desde el punto de vista médico". Lo que en otras palabras supone entender que la denegación solo procederá, bien cuando el tratamiento médico requerido no se encuentre incluido en el catálogo de prestaciones sanitarias del sistema nacional de aseguramiento, o bien cuando, encontrándose incluido, no pueda ser dispensado por dicho sistema en un plazo médicamente justificable

Sobre este último particular, la jurisprudencia del TJUE dejó sentado que la mera existencia de listas de espera "destinadas a planificar y gestionar la oferta hospitalaria en función de prioridades clínicas determinadas de antemano con carácter general", no es motivo suficiente para denegar una autorización previa "sin que se haya procedido a una evaluación médica objetiva del estado

[57] Según el punto 5 de esa Decisión, cuando circunstancias excepcionales impidan la expedición de la tarjeta sanitaria europea, el Estado miembro competente expedirá un "certificado provisional sustitutorio" cuyo período de validez será limitado y cuya solicitud podrá formularse por la persona asegurada o por la institución del Estado de estancia.

[58] Conforme a la Decisión núm. 153 (94/604/CE) de la Comisión administrativa de las Comunidades Europeas para la Seguridad Social de los trabajadores migrantes, de 7 de octubre de 1993, relativa a los modelos de formularios necesarios para la aplicación de los Reglamentos (CE) núm. 1408/71 y núm. 574/72 del Consejo, el formulario E 112 es el certificado requerido para la aplicación del art. 22, apartado 1, letra c), inciso i), del Reglamento núm. 1408/71. De otro lado, conforme al art. 26.A.2 del Reglamento (CE) núm. 987/2009, si la persona asegurada no reside en el Estado miembro competente solicitará autorización a la institución de su lugar de residencia, que la remitirá a la institución competente sin dilación.

[59] La STJUE de 12 de julio de 2001, asunto C-368/98, *Vanbraekel y otros*, declaraba en su apartado 33 que, en estos casos, debían aplicarse las modalidades de asunción de gastos previstas por la legislación del Estado miembro en que se preste la asistencia, quedando a cargo de la institución competente la obligación de reembolsar posteriormente a la institución del lugar de estancia en las condiciones previstas en el artículo 36 del Reglamento n° 1408/71.

[60] Sentencias del TJUE de 12 de julio de 2001, asunto C-157/99, Smits y Peerbooms, y de 13 de mayo de 2003, asunto C-385/99 Müller-Fauré y van Riet.

patológico del paciente, de sus antecedentes, de la evolución probable de su enfermedad y de su grado de dolor o de la naturaleza de su discapacidad en el momento en que se solicite o se vuelva a solicitar dicha autorización". De forma tal que, cuando se observe que el plazo derivado de dichas listas de espera sobrepasa el plazo aceptable con arreglo a una evaluación médica objetiva de las mencionadas circunstancias, "la institución competente no podrá denegar la autorización solicitada invocando como razones la existencia de tales listas de espera, la violación del orden normal de prioridades basado en el grado de urgencia respectivo de los casos pendientes, la gratuidad de la asistencia hospitalaria dispensada en el marco del sistema nacional de que se trate, la obligación de destinar de antemano medios financieros específicos a la cobertura del tratamiento previsto en otro Estado miembro, o la comparación entre el coste de dicho tratamiento y el de un tratamiento equivalente en el Estado miembro competente"[61].

Autorizado y dispensado el tratamiento médico necesario, procederá el reembolso interinstitucional de los gastos conforme a los arts. 35 del Reglamento (CE) 883/2004 y 62-69 del Reglamento (CE) núm. 987/2009, cuyas previsiones son igualmente aplicables a la asistencia sanitaria no programada que tiene lugar en los supuestos de residencia o estancia temporal.

De ellos se desprende que el reembolso de los gastos sanitarios, que en todo caso estará a cargo del Estado competente o de aseguramiento, sin necesidad de su adelanto por parte del paciente, deberá ser íntegro y se efectuará, como regla general, atendiendo al importe real de los gastos de la prestación según tarifas del Estado de tratamiento. Pero también se permite que la cuantía a reembolsar se concrete en importes a tanto alzado, solo en caso de que la contabilidad del Estado proveedor de la prestación no refleje su coste real, o que incluso se utilicen otras formas de reembolso siempre que hayan sido convenidas entre los Estados miembros implicados, quienes podrán incluso acordar la renuncia al reembolso interinstitucional en términos de reciprocidad.

Finalmente, cabe también destacar que, relacionado con el reembolso de estos gastos y su alcance, el art. 26.8 del Reglamento (CE) núm. 987/2009 introdujo una previsión específicamente referida a los supuestos de desplazamiento a otro Estado miembro para recibir asistencia sanitaria, previa autorización del Estado competente, indicando que los gastos de viaje y estancia indisociablemente unidos al tratamiento que puedan generar tanto la persona asegurada como, en caso necesario, su acompañante, solo serán reembolsados cuando la legislación nacional de la institución competente así lo prevea. Con lo que quedó así zanjada una cuestión que había planteado controversias al amparo del anterior Reglamento de aplicación, dando lugar a pronunciamientos del TJUE como el contenido en su Sentencia de 16 de mayo de 2006, asunto C-372/04, *Watts*, en la que se afirmaba que, tratándose de un asistencia hospitalaria, el reembolso quedaba limitado al coste de las prestaciones médicas propiamente dichas y a los gastos de la estancia del interesado en el establecimiento hospitalario necesario para su tratamiento. O el emitido inmediatamente después en su Sentencia de 15 junio 2006, asunto C-466/04, *Manuel Acereda Herrera*, en la que volvía a reiterar que la normativa de coordinación no confería al beneficiario, autorizado por la institución competente a desplazarse a otro Estado miembro para recibir en él la asistencia hospitalaria apropiada a su estado de salud, el derecho al reembolso de los gastos de desplazamiento, estancia y manutención en que incurrieran él y la persona que lo acompañó en el territorio de dicho Estado miembro, a excepción de los gastos de estancia y manutención del beneficiario en el centro hospitalario

De manera que, buscando una solución intermedia, la previsión del Reglamento (CE) núm. 987/2009 optó por no cerrar la posibilidad de obtener el reembolso de los gastos no estrictamente sanitarios, como son los de viaje y estancia del paciente y su acompañante asociados al tratamiento, sino por hacerla depender de la voluntad expresada por cada Estado miembro en su normativa interna.

[61] STJUE de 16 mayo 2006, asunto C-372/04, *The Queen y otros*. Por otra parte, la STJUE 9 de octubre de 2014, asunto C-268/13, *Petru*, también señalaba que la autorización previa no puede denegarse cuando la falta de material sanitario de primera necesidad impida que el paciente reciba asistencia hospitalaria en tiempo oportuno en su país.

2.2. La asistencia sanitaria transfronteriza al amparo del principio comunitario de la libre prestación de servicios: la Directiva 2011/24/UE, de 9 de marzo de 2011

La entrada en vigor de la Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011[62], relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza, no supuso una derogación del sistema de coordinación establecido por los Reglamentaros comunitarios en relación a las prestaciones sanitarias. Su propósito fue más bien complementar ese sistema incorporando la doctrina judicial que, al amparo del principio comunitario de la libre prestación de servicios, había ido conformando el TJUE en torno al reembolso de los costes derivados de la asistencia sanitaria transfronteriza y a la exigencia de autorización previa[63].

En este aspecto incide la propia Directiva cuando expresamente declara, en su art. 2.m), que sus disposiciones se aplicarán sin perjuicio de lo establecido en los Reglamentos (CE) núm. 883/2004 y núm. 987/2009 sobre la coordinación de los sistemas de Seguridad Social. Su intención era y es la de garantizar "que también los pacientes que acudan a otro Estado miembro para recibir asistencia sanitaria en circunstancias distintas de las previstas en el Reglamento (CE) núm. 883/2004, puedan beneficiarse de los principios de la libre circulación de pacientes, servicios y bienes de conformidad con el TJUE y con la presente Directiva". Siendo así que, desde que la nueva norma europea entró en vigor, los pacientes quedan sometidos o bien a la Directiva, o bien a los Reglamentos de la Unión, teniendo derecho a elegir la vía por la que obtener asistencia sanitaria transfronteriza cuando concurren las condiciones para aplicar tanto una como otra normativa, así como el derecho a ser informados por sus correspondientes Estados de afiliación en caso de que la aplicación de los Reglamentos les resulte más favorable que la aplicación de la Directiva (Considerandos 28 a 31 de la Directiva).

De hecho, informar a los pacientes sobre los principales aspectos de la asistencia sanitaria transfronteriza constituye para la Directiva una pieza clave al objeto de garantizar el ejercicio práctico de este derecho, como lo demuestra el que ordene a cada Estado miembro la creación de puntos nacionales de contacto destinados a facilitar esta información (art. 6) y el que, en particular, encomiende a los puntos de contacto creados en el Estado miembro de afiliación la función de proporcionar a los pacientes y a los profesionales sanitarios toda información relativa a la asistencia sanitaria transfronteriza, distinguiendo claramente entre los derechos de los pacientes reconocidos en la Directiva y los derivados de los Reglamentos de coordinación (art. 5.b).

Por tanto, lejos de limitarse a la mera articulación de los diferentes sistemas sanitarios nacionales mediante una distribución de obligaciones y responsabilidades entre los Estados Miembros en cuanto a la provisión del tratamiento y a la asunción de los gastos sanitarios, la Directiva también incide en la necesidad de proporcionar a los ciudadanos una información adecuada sobre todos los aspectos esenciales de la asistencia sanitaria transfronteriza; asume como propósito el de conseguir una asistencia sanitaria transfronteriza segura y de elevada calidad, atribuyendo a los Estados miembros la responsabilidad de proporcionar a los ciudadanos en su territorio una asistencia segura, de alta calidad, eficaz y suficiente desde un punto de vista cuantitativo; y promueve una cooperación más estrecha entre los Estados miembros en una serie de ámbitos como el referido a la sanidad electrónica o al tratamiento de enfermedades raras.

En lo que respecta al campo subjetivo de aplicación de la Directiva, éste se extiende a quienes tengan la condición de "asegurado" en los términos definidos por los Reglamentos comunitarios de coordinación y, en general, a quienes ostenten la condición de "paciente", propia de "toda persona física que reciba o desee recibir asistencia sanitaria en un Estado miembro" de la UE [art. 3 apartados b) y h) de la Directiva]. Y En lo que respecta a su ámbito objetivo, el art. 1.2 de la Directiva establece

[62] DOUE L-88 de 4 de marzo de 2011, págs. 45- 65.

[63] En las sentencias de 28 de abril de 1998, asunto C-158/96, *Kohll* y asunto C-120/95, *Decker*, se encuentra el origen de una extensa doctrina judicial que comenzó a considerar las prestaciones sanitarias como auténticos servicios sometidos a las dispensaciones comunitarias relativas a la libre prestación de servicios

que éste se encuentra conformado por las prestaciones de asistencia sanitaria con independencia de cómo se organicen, se presten y se financien en cada uno de los Estados miembros

Abarca, pues, a todos los servicios prestados por profesionales sanitarios a pacientes para evaluar, mantener o restablecer su estado de salud, al margen de que tales servicios sean proporcionados por los sistemas públicos de Seguridad Social o de sanidad de cada Estado o por entidades sanitarias de naturaleza concertada o privada, y se incluye igualmente la prescripción, dispensación y provisión de medicamentos y productos sanitarios (art. 3.a). Por lo que, a diferencia de los Reglamentos comunitarios, la Directiva expande su radio de acción a cualquier tipo de atención sanitaria, y no solo a la pública o concertada, quedando tan solo excluidos los servicios en el ámbito de los cuidados de larga duración cuya finalidad sea ayudar a personas que requieren asistencia a la hora de realizar tareas rutinarias y diarias; la asignación de órganos y el acceso a los mismos con fines de trasplante de órganos; y los programas de vacunación pública contra las enfermedades infecciosas que tengan por finalidad exclusiva la protección de la salud de la población en el territorio español y que estén sujetas a medidas específicas de planificación y ejecución, sin perjuicio de la cooperación entre España y los demás Estados miembros en el ámbito de la Unión Europea (art.1.3).

De otro lado, la circulación de recetas médicas por el territorio de la Unión -cuestión no tratada por los Reglamentos comunitarios- es concebida por la Directiva como esencial para garantizar la continuidad del tratamiento recibido en un Estado miembro diferente al de residencia. Por ello, el art. 11 dispone que, cuando la comercialización de un medicamento esté autorizada en un Estado miembro, éste se asegurará de que las recetas extendidas en otro Estado miembro puedan dispensarse en su territorio de conformidad con su legislación nacional, quedando prohibida cualquier restricción a su reconocimiento, salvo que dicha restricción se limite a lo que sea necesario y proporcionado para proteger la salud humana y no sea discriminatoria, o salvo que se base en dudas legítimas y justificadas sobre la autenticidad, el contenido o la inteligibilidad de una receta determinada

Por lo que respecta a los gastos derivados de la asistencia sanitaria transfronteriza recibida al amparo de la Directiva, éstos también estarán a cargo del Estado miembro de afiliación *ex* art. 7.1, donde se establece que dicho Estado garantizará el reembolso de esos gastos con la única condición de que la asistencia sanitaria recibida figure entre las prestaciones a las que el asegurado tenga derecho en ese mismo Estado. Una limitación al reembolso que exime al Estado de afiliación de asumir los costes del tratamiento recibido por sus asegurados en otros Estados cuando dicho tratamiento no se encuentre incluido entre los cubiertos por su sistema sanitario.

Sin embargo, el disfrute de la asistencia sanitaria en un Estado miembro distinto al de afiliación por vía de esta norma europea conlleva para el paciente la obligación de adelantar el importe de los gastos y de solicitar posteriormente su restitución al Estado de afili ción. Lo que supone condicionar las posibilidades de ejercicio de este derecho a la capacidad económica del interesado para adelantar unos costes económicos que incluso puede que no le sean restituidos en su totalidad, en tanto que, en principio, el Estado miembro de afiliación solo estará obligado a reembolsar "hasta la cuantía que habría asumido dicho Estado si la asistencia sanitaria se hubiera prestado en su territorio, sin exceder del coste real de la asistencia sanitaria efectivamente prestada" (art. 7.4 de la Directiva).

Efectivamente, el reembolso al paciente del importe total abonado por el tratamiento sanitario recibido en otro Estado no queda *per se* garantizado en la Directiva. Tan solo se trata de una posibilidad abierta a lo que cada Estado miembro decida en su correspondiente normativa interna. Dependerá, pues, de la voluntad de cada Estado el que el reembolso a sus asegurados de la asistencia sanitaria transfronteriza alcance o no a su coste total y real, incluso si éste excede de la cuantía que habría sido asumida de ser prestada en su territorio, y el que se extienda o no a otros gastos conexos como son los de viaje y alojamiento, o los gastos adicionales en que puedan incurrir las personas con discapacidad cuando reciban asistencia sanitaria transfronteriza debido a una o más discapacidades,

de conformidad con la legislación nacional y a condición de que se aporte documentación suficiente en la que se precisen esos gastos.

Aunque también se confiere a los Estados miembro la posibilidad de descartar la técnica de reembolso y optar, con las mismas limitaciones cuantitativas referidas, por abonar directamente los gastos de la asistencia sanitaria recibida por sus asegurados al Estado miembro de tratamiento, con el consiguiente beneficio que esta medida conllevaría para el paciente al no recaer en él la obligación de anticipar sus propios costes sanitarios.

Por otra parte, el art. 7.7 de la Directiva también permite que los Estados miembros impongan a sus asegurados que soliciten el reembolso de gastos sanitarios generados en otro Estado las mismas condiciones, criterios de admisibilidad y trámites que impondrían en caso de que la asistencia se prestase en sus correspondientes territorios. En particular, señala el precepto a título de ejemplo que el Estado de afiliación podría exigir una evaluación por un profesional de la salud o un administrador sanitario de su sistema nacional de sanidad, tal como el médico generalista o de atención primaria que tenga atribuido el paciente, si ello es necesario para determinar el derecho de ese paciente a la asistencia sanitaria. Si bien también advierte que, en todo caso, ninguna condición, criterio de elegibilidad o trámite que se imponga podrá constituir discriminación ni obstáculo a la libre circulación de los pacientes, los servicios o los bienes, salvo que se justifique de forma objetiva por necesidades de programación con respecto al objetivo de garantizar un acceso suficiente y permanente a una gama equilibrada de tratamientos de elevada calidad en el Estado miembro.

Y en sintonía con este amplio poder decisorio que la Directiva atribuye a los Estados miembros en la configuración del derecho de sus ciudadanos a la asistencia sanitaria transfronteriza, su art. 7.9 también les permite limitar -que no suprimir- la aplicación del reembolso "por razones imperiosas de interés general", entre las que deben considerarse incluidas la existencia de "necesidades de planificación relacionadas con el objeto de garantizar un acceso suficiente y permanente a una gama equilibrada de tratamientos de elevada calidad en el Estado miembro de que se trate", o la más amplia y ambigua causa justificativa basada en "la voluntad de controlar los costes y evitar, en la medida de lo posible, cualquier despilfarro de los recursos financieros, técnicos y humanos". Todo ello sin perjuicio de que, también para este caso, insista la norma europea en que cualquier decisión de limitar el reembolso por los motivos señalados deberá ceñirse a lo que sea necesario y proporcionado y no podrá constituir un medio de discriminación arbitraria ni un obstáculo injustificado a la libre circulación personas, bienes y servicios (art. 7.11 de la Directiva).

Para el caso de que el Estado miembro de afiliación sea España, el RD 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza en transposición de la comentada Directiva, dispone que los gastos derivados de la asistencia sanitaria transfronteriza serán costeados por el propio paciente para su posterior reembolso a cargo de las Administración sanitaria española, y que el reembolso cubrirá tan sólo las prestaciones a que el asegurado tenga derecho según la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud o, en su caso, la cartera complementaria de la Comunidad Autónoma correspondiente. La cuantía reembolsable alcanzará hasta la que habría asumido dicha Administración en caso de que la asistencia sanitaria se hubiera prestado en territorio nacional, no pudiendo superar su coste real sin considerar los gastos conexos, y el asegurado que solicite el reembolso deberá cumplir las mismas condiciones que se exigen para la asistencia sanitaria prestada en territorio nacional, siendo necesaria, cuando así sea requerido en el Sistema Nacional de Salud, una evaluación previa por parte de un médico de atención primaria que justifique la indicación de la correspondiente prestación sanitari [64].

[64] Acogiéndose a la habilitación efectuada por la Directiva a los Estados miembros, el art. 10.6 del RD 81/2014 prevé la posibilidad de que el Ministerio de Sanidad, previo informe del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, limite la aplicación del reembolso "por razones imperiosas de interés general, especialmente por la necesidad de planificación para garantizar una gama equilibrada de tratamientos de elevada calidad, o por la voluntad de asegurar un uso racional de los recursos financieros, técnicos y humanos". Añadiendo igualmente como

Por último, imprescindible es señalar que una de las ventajas que conlleva recibir asistencia sanitaria conforme a la Directiva se encuentra en que, como regla general, el reembolso de los gastos no está condicionado a la obtención de autorización previa por parte del Estado de afiliación (art. 7.10 de la Directiva), ya que en caso de que el Estado miembro de afiliación decide imponer un sistema de autorización previa, tal y como le permite el art. 8.1 de la Directiva, ésta deberá quedar restringida "a lo que sea necesario y proporcionado al objetivo que se pretende, y no podrá constituir un medio de discriminación arbitraria ni un obstáculo injustificado a la libre circulación de los pacientes" (art. 8.1 de la Directiva).

En concreto, los Estados miembros de afiliación podrán requerir autorización previa solo en los casos tasados en el art. 8.2 de la Directiva, a saber:

- Cuando la asistencia requiera necesidades de planificación para garantizar un acceso suficient y permanente a una gama equilibrada de tratamientos de elevada calidad en el Estado miembro de que se trate, o la voluntad de controlar los costes y evitar cualquier despilfarro de los recursos financieros, técnicos y humanos, ya sea porque el paciente tenga que pernoctar en el hospital al menos una noche, ya sea porque el tratamiento exija el uso de infraestructuras o equipos médicos sumamente especializados y costosos.
- Cuando la asistencia entrañe tratamientos que presenten un riesgo particular para el paciente o la población.
- cuando la asistencia sanitaria sea proporcionada por un prestador que, en función de las circunstancias concretas de cada caso, pueda suscitar motivos graves y específicos de inquietud en relación con la calidad o seguridad de los cuidados, a excepción de la asistencia sanitaria sujeta a la legislación de la Unión que garantiza un nivel mínimo de seguridad y calidad en toda la Unión.

Haciendo uso de esta habilitación, el art. 15.1 del RD 81/2014 exige autorización previa a los efectos de reembolsar la asistencia sanitaria transfronteriza recibida por los asegurados en España en los dos supuestos señalados en el Anexo II de la misma norma reglamentaria: a) en caso de que el paciente tenga que pernoctar en el hospital al menos una noche; y b) en caso de que la prestación sanitaria a la que se pretenda acceder se encuentre entre las indicadas en el apartado 2 del Anexo II, donde se enumeran una serie de prestaciones, también incluidas en la cartera común del Sistema Nacional de Salud, que fueron "seleccionadas en base a la exigencia del uso de procedimientos o equipos médicos sumamente especializados, a la necesidad de atención a pacientes con problemas complejos, o a su elevado coste económico"[65].

---

que "esta decisión se restringirá a lo que sea necesario y proporcionado sin que ello pueda constituir un medio de discriminación arbitraria ni un obstáculo a la libre circulación de las personas cuyo Estado de afiliación sea España", y que "las medidas que se adopten en este sentido serán notificadas previamente a la Comisión Europea"

[65] En concreto, las prestaciones sanitarias sometidas a autorización previa son: la tomografía por emisión de positrones (PET) y combinada con el TC (PET-TC) y SPECT; la reproducción humana asistida; la diálisis; la cirugía mayor ambulatoria que requiera la utilización de un implante quirúrgico; los tratamientos con radioterapia; los tratamientos farmacológicos o con productos biológicos, cuyo importe mensual sea superior a 1.500 €; la radiocirugía; los análisis genéticos orientados a diagnósticos de casos complejos, incluidos el diagnóstico prenatal y el preimplantacional, análisis genéticos presintomáticos y de portadores y análisis de farmacogenética y farmacogenómica; los tratamientos de discapacidades que requieran para su corrección o mejoría sillas de ruedas eléctricas, prótesis de miembro superior excepto las prótesis parciales de mano, prótesis de miembro inferior excepto las prótesis parciales de pie, audífonos y bitutores; los tratamientos con fórmulas completas para nutrición enteral domiciliaria y con fórmulas y módulos nutricionales para trastornos congénitos del metabolismo de los hidratos de carbono, aminoácidos y lípidos; y la atención a patologías y realización de procedimientos para los cuales se han designado servicios de referencia, de acuerdo con el Real Decreto 1302/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud,

En todos los casos en los que la persona asegurada quede obligada a solicitar autorización previa, el Estado miembro de afiliación deberá comprobar si concurren o no las condiciones establecidas en el Reglamento (CE) núm. 883/2004 para proceder, en caso afirmativo, a reconocerle la autorización de conformidad con aquél -salvo que el interesado solicite lo contrario-, y no podrá denegar la autorización cuando la asistencia sanitaria a la que pretenda acceder en el extranjero figure entre las prestaciones a las que el paciente tenga derecho en su Estado miembro de afiliación, o cuando esa asistencia no pueda prestarse en su territorio en un plazo médicamente justificado, sobre la base de una evaluación médica objetiva del estado de salud del paciente, su historial, la evolución probable de su enfermedad, el grado de dolor que padezca, o la naturaleza de su discapacidad en el momento en que se presente la solicitud de autorización[66]. De hecho, la denegación de la autorización solo podrá justificarse cuando concurra alguno de los motivos recogidos en el art. 8.6 de la Directiva; a saber

- En caso de que exista un grado razonable de certeza de que el paciente, según una evaluación clínica, vaya a exponerse a un riesgo que no pueda considerarse aceptable, teniendo en cuenta el beneficio potencial que pueda obtener de la asistencia sanitaria transfronteriza solicitada.
- Siempre que exista un grado razonable de certeza de que la población en general pueda quedar expuesta a un riesgo sustancial como consecuencia de la asistencia sanitaria transfronteriza considerada.
- Cuando la asistencia sanitaria sea proporcionada por un prestador de asistencia sanitaria que suscite motivos graves y específicos de inquietud respecto a las normas y directrices relativas a la calidad y a la seguridad del paciente, incluidas las disposiciones en materia de supervisión, tanto cuando dichas normas y directrices se establezcan mediante disposiciones legales y reglamentarias, como cuando lo sean por medio de sistemas de acreditación establecidos por el Estado miembro de tratamiento.
- Y cuando la atención sanitaria pueda prestarse en su territorio en un plazo que sea médicamente justificable, teniendo en cuenta el estado de salud de cada paciente y la posible evolución de su enfermedad.

2.3. Nuevos retos y propuestas en materia de sanidad tras la pandemia de la COVID-19: la importancia de la solidaridad transfronteriza europea en tiempos de crisis

Pese a las limitadas competencias jurídicas que en materia de salud mantiene la UE (arts. 6 y 168 del TFUE), en los últimos años han sido varios sus intentos por instaurar un enfoque más europeizado, coordinado e institucionalizado en las respuestas dadas dentro de su territorio a la crisis sanitaria derivada de la COVID, bajo el convencimiento de que los problemas globales como las emergencia sanitarias transfronterizas precisan de respuestas o soluciones también globales. Y es que, entre otros aspectos, la pandemia ha puesto de relieve la importancia de garantizar una sólida cooperación europea en materia de asistencia sanitaria transfronteriza para construir una "Unión Europea de la Salud" fuerte, que facilite a todos los pacientes la igualdad de trato, el acceso a una asistencia sanitaria segura y de calidad y, en definitiva, el ejercicio pleno de sus derechos de asistencia sanitaria en virtud de la legislación de la UE.

incluidos en el anexo III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria, o se han establecido redes de referencia en Europa.

[66] De otro lado, cuando la autorización previa sea solicitada por un paciente aquejado o sospechoso de padecer una enfermedad rara, el art. 8.4 de la Directiva permite que, a los efectos de valorar el reconocimiento de la autorización, el Estado miembro de afiliación lleve a cabo una evaluación clínica de expertos en ese ámbito o incluso solicite, en defecto de expertos o de no ser concluyente el informe de expertos emitido, asesoramiento científico

En 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", de 3 de abril de 2020[67], se incluyeron una serie de medidas de repuesta urgente a la tensión que estaban sufriendo en ese momento los sistemas sanitarios de los Estados miembros con la pandemia. La situación excepcional de emergencia justifica a y demandaba un enfoque más coordinado en la asistencia sanitaria transfronteriza y una flexibilización de las formalidades impuestas por la normativa europea a libre circulación de pacientes. De ahí que la Comisión asumiera una serie de compromisos para facilitar la coordinación de las solicitudes de asistencia sanitaria transfronteriza referidas a plazas de cuidados intensivos, a tratamiento y traslado de pacientes, así como a equipos de personal médico debidamente cualificado, y de ahí que, entre las medidas propuestas a los Estados, se incorporaran la de suprimir o flexibilizar la exigencia de autorización previa para el reembolso de los gastos sanitarios derivados del tratamiento recibido en otro Estado miembro, en caso de que el paciente hubiera requerido una atención sanitaria urgente o de emergencia en el contexto de la pandemia, o la de no denegar la entrada a un Estado miembro a los pacientes que necesitaran asistencia sanitaria de carácter urgente, en caso de existir controles fronterizos temporales en las fronteras interiores.

Posteriormente, la experiencia adquirida por la UE en la primera etapa de la lucha contra el coronavirus sirvió para que la Comisión, a través de su Comunicación "Construir una Unión Europea de la Salud: reforzar la resiliencia de la UE frente a las amenazas transfronterizas para la salud", de 11 de noviembre de 2020[68], propusiera los primeros elementos para conformar una UE que, respetando plenamente la competencia de los Estados miembros en el área de la salud, implementase la obligación de garantizar un alto nivel de protección de la salud humana y abogase por reforzar la cooperación transfronteriza fortaleciendo las estructuras y mecanismos ya existentes para una mejor protección, prevención, preparación y respuesta a nivel europeo contra todas las emergencias sanitarias futuras.

Concretamente, la Comunicación iba acompañada de tres propuestas legislativas dirigidas a establecer un marco más sólido y completo de seguridad sanitaria, que corrigiera las debilidades y deficiencias que habían sido detectadas en la gestión de la reciente crisis sanitaria por parte de la UE, y que permitiera a sus Estados miembros responder eficazmente como Unión a futuras amenazas transfronterizas para la salud. La primera consistía en mejorar la Decisión 1082/2013/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 22 de octubre de 2013, sobre amenazas transfronterizas graves para la salud[69], y la segunda y tercera demandaban reforzar el mandato de las agencias clave de la UE en materia de salud pública: el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) y la Agencia Europea de Medicamentos (EMA).

Estas propuestas se han visto en parte atendidas en el proyecto de un nuevo "Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo sobre las amenazas transfronterizas graves para la salud y por el que se deroga la Decisión n.º 1082/2013/UE" -presentado por la propia Comisión el mismo 11 de noviembre de 2020 con la intención de diseñar un marco legislativo completo que regule la acción a nivel de la Unión en materia de preparación, vigilancia, evaluación de riesgos y alerta temprana y respuestas ante crisis sanitarias[70]-, así como complementadas con la creación, en septiembre de 2021, de la nueva Autoridad de Preparación y Respuesta ante Emergencias Sanitarias (HERA), cuya

[67] DOUE L-111, de 3 de abril de 2020, págs. 1-5.
[68] COM (2020) 724 final
[69] DOU L- 293 de 5 de noviembre de 2013, pág. 1-15.
[70] COM (2020) 727 final. Por el momento, el Consejo de la UE anunció en un Comunicado de prensa, con fecha de 23 de junio de 2022 que el Consejo y el Parlamento Europeo habían llegado a un acuerdo político provisional sobre el proyecto de Reglamento de amenazas transfronterizas graves para la salud, y que el paso siguiente sería someter dicho acuerdo a su aprobación por el Comité de Representantes Permanentes y poner en marcha, a continuación, el procedimiento formal de adopción.

finalidad es garantizar el suministro de contramedidas médicas antes de una crisis sanitaria y durante ésta[71].

Pero junto a la citada Comunicación, en la que la Comisión propuso los primeros componentes básicos de una Unión Europea de la Salud, el Consejo también publicó un mes más tarde sus "Conclusiones sobre la experiencia adquirida en materia de sanidad en relación con la COVID-19", de 18 de diciembre de 2020[72], en las que se volvió a insistir en la necesidad de conseguir una estrecha colaboración y coordinación entre los Estados miembros, las instituciones de la Unión Europea, la sociedad civil y el conjunto de la comunidad mundial en la preparación y respuesta de futuras amenazas sanitarias, y se formularon una serie de objetivos considerados esenciales para lograr la autonomía europea en ámbitos estratégicos, manteniendo al mismo tiempo una economía abierta. Estos objetivos eran y siguen siendo: mejorar la gestión de las crisis sanitarias al nivel de la UE; garantizar el suministro de medicamentos y contramedidas médicas en general; mejorar el acceso a los datos sanitarios esenciales para luchar contra amenazas transfronterizas para la salud y su intercambio; y reforzar el papel de la UE en la salud mundial[73].

Hasta la fecha, han sido varias las medidas adoptadas por la Unión en aras a la consecución de estas metas generales, destacando en este sentido, de un lado, la aprobación de "EU4Health" a través del Reglamento (UE) 2021/522 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 24 de marzo de 2021, por el que se establece un programa de acción de la Unión en el ámbito de la salud («programa UEproSalud») para el período 2021-2027 y se deroga el Reglamento (UE) núm. 282/2014[74]. Un novedoso programa consistente en proporcionar apoyo financiero a los Estados miembros para la realización de acciones destinadas, en términos generales, a reforzar la resiliencia de los sistemas de salud y a promover la innovación en el sector sanitario[75]. Y de otro lado, la propuesta presentada por la Comisión el 3 de mayo de 2022 para la creación de un "Espacio Europeo de Datos Sanitarios" que tenga por objetivos: ayudar a los usuarios a tomar el control de sus propios datos sanitarios; apoyar el uso de los datos sanitarios para mejorar la prestación de asistencia sanitaria, la investigación, la innovación y la elaboración de políticas; y permitir a la UE beneficiarse del intercambio, uso y reutilización de los datos sanitarios[76].

En definitiva, si bien es cierto que aún queda un largo camino por recorrer, todas estas iniciativas desarrolladas en el marco de la "Unión Europea de la Salud" por la vía del art. 168 del TFUE, es decir, complementando pero respetando las competencias de los Estados miembros en la materia de salud, son demostrativas de que la política sanitaria se ha convertido en un punto prioritario de la agenda comunitaria actual, al objeto de optimizar la coordinación ante posibles amenazas futuras para la salud pública y de continuar fortaleciendo la colaboración entre todos los Estados miembros.

---

[71] A través de la Comunicación de la Comisión de 16 de septiembre de 2021, COM(2021) 576 final, se anunció la creación y puesta en marcha inmediata de HERA; una nueva Autoridad creada como una estructura interna en el seno de la Comisión con tres misiones principales: a) reforzar la coordinación en materia de seguridad sanitaria dentro de la Unión durante las etapas de preparación y de respuesta a las crisis, y reunir a los Estados miembros, la industria y las partes interesadas pertinentes en un esfuerzo común; b) subsanar las vulnerabilidades y las relaciones de dependencia estratégicas dentro de la Unión en relación con el desarrollo, la producción, la adquisición, el almacenamiento y la distribución de contramedidas médicas; y c) contribuir a reforzar la preparación mundial frente a emergencias sanitarias y la estructura de respuesta a dichas emergencias.

[72] DOUE L-450, de 28 de diciembre de 2020, págs. 1-8.

[73] Un comentario detallado sobre estos objetivos en 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 AA.VV. Monereo Pérez, J.L, Rivas Vallejo, M.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,*Tomo I, Aranzadi Thomson Reuters, 2021, págs. 261-338.

[74] DOUE L-107, de 26 de marzo de 2021, págs. 1-29.

[75] El Anexo I del Reglamento citado contiene una amplia lista de posibles acciones subvencionables.

[76] Comunicación de la Comisión "Un espacio europeo de datos sanitarios: aprovechar el poder de los datos sanitarios para las personas, los pacientes y la innovación", de 3 mayo 2022, COM (2022) 196 final

CONCLUSIONES

-Dentro de la sociedad internacional, el derecho a la promoción y protección de la salud cuenta con una organización especialidad en velar por su cumplimiento (la OMS), y su consagración como derecho fundamental e inherente a la dignidad de todo ser humano es reflejada en distintos textos normativos (Constitución de la OMS de 1948 o Declaración Universal de los Derechos Humanos de la ONU, de 10 de diciembre de 1948), sin perjuicio de que sea el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, de 16 de diciembre de 1966, la norma jurídica que mayor atención ha dedicado a su contenido y garantías de ejercicio, atribuyendo a los Estados partes una serie de deberes y responsabilidades que acentúan el papel proactivo que éstos deben adoptar en orden a conseguir su plena efectividad.

Resalta el PIDESC que este derecho fundamental, estrechamente vinculado a otros derechos humanos, no debe ser entendido como un derecho a estar sano, sino a disfrutar de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel posible de salud. Lo que al mismo tiempo permite afirma , como el mismo texto internacional reconoce, que su grado de satisfacción dependerá de las condiciones prevalecientes y del estado de desarrollo que presente el país en cuestión, y en última instancia, y dada la escasa o nula coercitividad de los mecanismos previstos por la norma para la vigilancia y control de su cumplimiento, del nivel de compromiso que ese concreto país decida voluntariamente asumir al respecto.

En fechas más recientes, la comunidad internacional volvió a resaltar la importancia de garantizar la buena salud de los pueblos para el desarrollo sostenible de la humanidad, incluyendo este reto entre los 17 objetivos que componen la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de la ONU. Se trata del objetivo 3, consistente en "garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos en todas las edades", e integrado por una serie de ambiciosas metas como la de lograr una cobertura sanitaria universal, de calidad, y accesible a todas las personas por igual, o la referida a aumentar sustancialmente la financiación destinada a la atención sanitaria

Sin embargo, la irrupción de la crisis sanitaria derivada de la pandemia de la COVID-19 -con la que actualmente confluyen otras crisis mundiales de tipo climático, geopolítico o militar-, sin duda ha tenido un impacto negativo en el cumplimiento de todos estos objetivos -de naturaleza más política que jurídica-, y en especial en el relacionado con la salud y el bienestar, cuya consecución se ha visto ralentizada o incluso revertida por la dificultad de alcanzar sus metas en un contexto de sistemas sanitarios aún más frágiles y debilitados. Un nuevo contexto internacional en el que la OMS -como autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en la ONU- ha asumido un significativo protagonismo en la elaboración de una respuesta internacional que orientara a los países a gestionar la emergencia de salud mundial, y en el que se han puesto de relieve las deficiencias del Reglamento Sanitario Internacional de 2005 y la consiguiente necesidad de someterlos a una nueva revisión que modernice sus previsiones en la línea de acentuar, durante una situación de emergencia de salud pública global, el poder decisorio de esta Organización Mundial sobre las políticas sanitaria nacionales de sus Estados miembros.

-A nivel europeo, si bien la protección de la salud sigue siendo competencia de los Estados miembros -a los que corresponde organizar y gestionar sus servicios de salud y de atención médica-, el papel desempeñado en este ámbito por la UE ha ido adquiriendo un mayor protagonismo con el paso del tiempo con el propósito de conseguir instaurar una "Unión Europea de la Salud" que atienda al compromiso asumido por esta institución, consistente en "garantizar un alto nivel de protección de la salud humana a través del diseño y ejecución de todas sus políticas y acciones" (arts. 168.1 TFUE y 35 de la Carta de Derechos Fundamentales de la UE).

Estas posibilidades de intervención de la UE en materia de salud han desembocado en una progresiva conformación de la vertiente sanitaria del Derecho Social Comunitario, pero el carácter

complementario y subsidiario que el art. 168 TFUE atribuye a sus competencias, en relación a la acción de sus Estados miembros, también explica que las normas comunitarias se hayan limitado tradicionalmente a la coordinación de las diferentes políticas sanitarias nacionales, y no a su armonización, descartándose la posibilidad de implantar un sistema de asistencia sanitaria europeo, común a todos a los Estados miembros de la Unión.

En particular, las normas de coordinación en materia de asistencia sanitaria obedecieron desde un primer momento a la necesidad de garantizar el ejercicio efectivo del derecho comunitario a la libre circulación de personas, evitando que la coexistencia de diversos sistemas sanitarios nacionales dentro de la Unión, cada uno de ellos con sus propias particularidades, repercutiera negativamente en el derecho a la protección de la salud de quienes decidieran desplazarse desde su Estado de aseguramiento a otro Estado miembro. A este propósito atienden los vigentes Reglamentos comunitarios de coordinación (núm.883/2004 y núm. 987/2009) al regular, entre otros aspectos, las condiciones de ejercicio del derecho a la asistencia sanitaria transfronteriza en sus dos modalidades, programada y no programada.

No obstante, la vía de los reglamentos de coordinación no ha sido la única mediante la que la UE ha intervenido normativamente para garantizar a sus ciudadanos el derecho a la asistencia sanitaria en situaciones transfronterizas. Junto a ellos, convive la actual Directiva 2011/24/UE, de 9 de marzo, aprobada también desde el respeto pleno a las particularidades de los diferentes sistemas nacionales de salud de la UE e incorporada al Ordenamiento Jurídico español a través del RD 81/2014, de 7 de febrero.

Tomando como base jurídica el principio comunitario de la libre prestación de servicios, y en línea con la jurisprudencia comunitaria existente en la materia al tiempo de su elaboración, la Directiva pretende atribuir a todo ciudadano de la UE el derecho a recibir en cualquier Estado miembro una asistencia sanitaria segura y de calidad, no solo en el ámbito público -como se limitan a reconocer los Reglamentos comunitarios de coordinación-, sino también en el privado, así como el derecho a obtener de su Estado de aseguramiento el reembolso de los gastos sanitarios derivados de tal asistencia en el extranjero, conforme a un procedimiento alternativo al previsto en los Reglamentos de coordinación. Y aunque su aprobación ciertamente reforzó la cooperación interestatal en el ámbito de la asistencia sanitaria transfronteriza, un reciente Informe de la Comisión (año 2022) reconoce que, pese ello, su aplicación viene encontrando algunos obstáculos, tales como el bajo nivel de sensibilización sobre los derechos de los pacientes a la asistencia sanitaria transfronteriza, una información inadecuada a los pacientes, o unas cargas administrativas desproporcionadas.

En cualquier caso, la pandemia de la COVID-19 ha vuelto a poner de manifiesto la necesidad de que, para responder eficazmente a otras posibles amenazas transfronterizas para la salud pública, desde la Unión se continúe fortaleciendo la cooperación y coordinación entre todos sus Estados miembros en el área sanitaria. Un propósito que la UE parece haber asumido de manera decida, tal y como lo demuestran la iniciativas y medidas adoptadas hasta el momento al objeto de construir una "Unión Europea de la Salud" fuerte, que facilite a todos los pacientes la igualdad de trato, el acceso a una asistencia sanitaria segura y de calidad y, en definitiva, el ejercicio pleno de sus derechos de asistencia sanitaria en virtud de la legislación de la UE.

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez González, E.M.: "Las libertades comunitarias como fundamento del derecho a la asistencia sanitaria transfronteriza. ¿Cómo se justifica este derecho tras el *Brexit*?", *Revista de Estudios Jurídicos*, núm. 21, 2021.

Cantero Martínez, J. y Garrido Cuenca, N.M.: "Ciudadanía, asistencia sanitaria y Unión Europea", *Anuario de la Facultad de Derecho de la Universidad Autónoma de Madrid*, (Ejemplar dedicado a: Las fronteras del derecho biosanitario), núm. 18, 2014.

Cavas Martínez, F. y Sánchez Triguero, C.: "La protección de la salud en la Constitución Europea", *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Derecho social Internacional y Comunitario*, núm. 57, 2005.

Carrascosa Bermejo, D., en "Los Reglamentos de la Unión Europea sobre coordinación de los sistemas de Seguridad Social (Rgtos CE/883/2004 y CE/987/2009): propuesta de modificación de 13-12-2016 y tendencias interpretativas en la reciente jurisprudencia del Tribunal de Justicia", *Actum Social nº 119. Monográfico 2017,* Edit. Lefebvre.

Cervell Hortal, M.J.: "Pacientes en la Unión Europea: libertad restringida y vigilada", *Cuadernos de derecho transnacional*, vol. 3, núm. 2, 2011.

Díaz Barrado, C.M.: "Los objetivos de desarrollo sostenible: un principio de naturaleza incierta y varias dimensiones fragmentadas", *Anuario Español de Derecho Internacional,* vol. 32, 2016.

Díaz-Galán, E.: "El valor jurídico de la Agenda 2030 sobre Desarrollo Sostenible: ¿una nueva tendencia normativa?", *Iberoamerican Journal of Development Studies, forthcoming*, DOI: 10.26754/ojs_ried/ijds.634, 2021

García De Cortázar Y Nebreda, C.:

— "La coordinación de regímenes de Seguridad Social. El Reglamento CEE 1408/71. Simplificación y extensión a nacionales de terceros Estados", en *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 42, 2003.

— "Extensión de las normas de coordinación de Seguridad Social a los nacionales de terceros Estados. El reglamento UE 1231/10", *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración: Revista del Ministerio de Empleo y Seguridad Social*, núm. 97, 2012.

— "Articulación e interrelación entre las vías de reembolso del Reglamento CE/883/2004 y las de la Directiva 2011/24/UE", en AA.VV.: *Reembolso de gastos por asistencia sanitaria transfronteriza en la Unión Europea*, Carrascosa Bermejo, D. (Dir.), Francis Lefebvre, Madrid, 2014.

García-Martín, L.: "Agenda 2030 y el desarrollo sostenible: reflexiones en torno a su naturaleza jurídica y aplicación en el derecho internacional por parte de los Estados y las empresas", *Iberoamerican Journal of Development Studies, forthcoming,* DOI: 10.26754/ojs_ried/ijds.689.

García Murcia, J. Y Rodríguez Cardo, I.A.: "Asistencia sanitaria transfronteriza en el ámbito de la Unión Europea de la seguridad social de trabajadores migrantes a una regulación específica", *Foro: Revista de ciencias jurídicas y sociales*, vol. 17, núm. 1, 2014.

Labrada Rubio, V.: *Introducción a la teoría de los derechos humanos: fundamento. Historia. Declaración universal de 10 de Diciembre de 1948*, Civitas, 1998.

Lora-Tamayo Vallvé, M.: "La protección de la salud pública en la Unión Europea", *Revista de derecho de la Unión Europea*, núm. 11, 2006 (Ejemplar dedicado a: La protección de los ciudadanos europeos por el derecho de la Unión), págs. 95-116.

Mejía R., J.A.: "Aspectos teóricos y normativos de la *justiciabilidad* de los derechos económicos, sociales y culturales", *Revista IIDH*, núm. 51, 2010.

Monereo Pérez, J. L.:

— "¿Es la salud un derecho social fundamental? Elementos de fundamentación", en AA.VV., Pérez Bueno, L.C. y De Lorenzo García, R. (coords.), *Los retos actuales de la asistencia sanitaria española en el contexto de la Unión Europea*, Edit. Laborum, 2016.

— "La coordinación comunitaria de los sistemas de asistencia sanitaria (I y II)", *Aranzadi Social: Revista Doctrinal*, núm. 5-6, 2010, https://revistaselectronicas.ujaen.es/public/journalslia/rej2021_21/151568764014/index.html

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 AA.VV. Monereo Pérez, J.L, Rivas Vallejo, M.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,*Tomo I, Aranzadi Thomson Reuters, 2021.

— "Las transformaciones sociales y tecnológicas y su incidencia en los sistemas nacionales europeos de asistencia sanitaria: apuntes para la reflexión", en AA.VV. María Nieves Moreno Vida, M.N. Y Díaz Aznarte, M.T (dirs.), *La protección social de la salud en el marco del estado de bienestar: una visión nacional y europea*, Edit. Comares, 2019.

Riquelme Cortado, R.: "Entrada en vigor de Los Protocolos Facultativos del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y de la Convención sobre los Derechos del Niño relativos a un procedimiento de comunicaciones", *Revista Española de Derecho Internacional*, Sección Estudios, vol. 66, núm. 2, 2014.

Rodríguez-Rico Roldán, V.: "El derecho a la protección de la salud las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social", (Tesis doctoral dirigida por Monereo Pérez, J.L.), Universidad de Granada, 2015. Repositorio institucional de la Universidad de Granada: https://digibug.ugr.es/handle/10481/40534

Sánchez Carrión, J.L. *Los convenios bilaterales de Seguridad Social en el Derecho español*, Edit. Dykinson, Madrid, 2008.

Sánchez-Rodas Navarro, C.: "Sobre la (in)competencia de las instituciones europeas para reformar los sistemas públicos de pensiones nacionales a la luz del derecho de la UE y de los tratados internacionales", *Cuadernos de derecho transnacional*, vol. 10, núm. 1, 2018.

nº Extraordinario 4
ISSN: 2386-7191 – ISSNe: 2387-0370

La evolución normativa y político-social del sistema nacional de salud y los riesgos de la fragmentación. Análisis de la cartera común de servicios estatal[1]

The normative and political-social evolution of the national health system and the risks of fragmentation. Analysis of the common portfolio of state services

Raquel Vida Fernández *Profesora Colaboradora Indefinida. Doctora*
Universidad de Granada

Resumen

Los antecedentes históricos del actual Sistema Nacional de Salud muestran una interesante evolución en la que se aprecia la directa interacción de los valores de la sociedad de cada momento y los poderes políticos imperantes en el propio concepto y alcance de la protección de la salud de los ciudadanos. En el presente artículo se analiza dicha evolución, y el progresivo logro de lo que hoy denominamos el Sistema Nacional de Salud de la democracia constitucional iniciada en 1978, incluyendo un especial análisis del nivel de protección actual y su compleja articulación, que queda reflejado en la regulación de la Cartera Común de Servicios Estatal.

Palabras Clave

Sistema Nacional de Salud; Evolución histórica; Cartera Común de Servicios Estatal; Modalidades

Abstract

The historical antecedents of the current National Health System in Spain indicate an interesting evolution which points towards a clear interaction between specific, time-bound social values and prevailing political powers, a connection that defines and delimits the very scope of citizen health protection. The present article surveys this transformation and the progressive achievement of what we now call the National Health System, as triggered by the 1978 democratic Constitution, with a detailed analysis of the current level of protection and its complex articulation as reflecte in the Portfolio of Common Services of the Spanish NHS.

Keywords

National Health System; Historical evolution; Common Portfolio of State Services; Modalities

1. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: EVOLUCIÓN NORMATIVA Y POLÍTICO-SOCIAL

1.1. Evolución normativa y político-social anterior a la Constitución de 1978

Desde el punto de vista histórico la sanidad pública, en nuestro país, es fruto de un largo y lento proceso de evolución que parte de una primera etapa en la que los poderes públicos se limitan a suministrar atenciones sanitarias como mera liberalidad, vinculadas a la beneficencia, hasta llegar al actual modelo de Sistema Nacional de Salud. Por esta razón podemos decir que el verdadero antecedente del modelo con el que hoy contamos surge con la progresiva conceptualización de la sanidad como prestación pública, en la que se pasa a regular de forma progresiva prestaciones sanitarias vinculadas a las técnicas seguro social, y posteriormente a la Seguridad Social (siglos XIX y XX), hasta llegar a los actuales dictados europeístas y constitucionales sobre sanidad pública que tiene su reflejo en la Ley General de Sanidad (LGS)

[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

Sin pretender realizar un estudio histórico exhaustivo, aportaremos un esquema completo de ese proceso para poder contar en perspectiva con la evolución político-social del modelo, que es lo verdaderamente interesante. Como se ha referido, la primera etapa de esa evolución, la actividad estatal se limita a medidas de organización de tipo preventivo y de control, pero no a la aportación de prestaciones públicas para la población de carácter sanitario, -sin perjuicio de los mencionados servicios de beneficencia-. Este primer nivel de intervención se aprecia en el denominado Código Sanitario de 1822 (llamado "Código de Méndez Álvaro[2]"), que, aunque fallido por circunstancias políticas (la caída del régimen liberal y la imposición del absolutismo impidió su aprobación), fue el primer proyecto de ley sanitaria que, si bien mantiene el limitado papel del Estado en materia de salud que hasta entonces existía, centrado en el control de epidemias, introduce una novedad y es el tratar de garantizar la existencia de mecanismos de atención primaria vinculados a beneficencia, otorgando a los Ayuntamientos funciones vinculadas a "salubridad" y hospitales, ideas que derivan del espíritu de la Constitución de Cádiz de1812.

Posteriormente, -sin perjuicio de ese primer referente fallido, inspirado en las teorías higienistas, que aún sin aprobarse dejó huella-, el origen de lo que podemos denominar como primera regulación sanitaria en España a nivel institucional (pero aún sin la noción de prestación pública como tal), se aprueba en 1855, mediante Ley de 28 de noviembre, que consolida la denominada Dirección General de Sanidad vinculada al Ministerio de Gobernación, que constituye el inicio de la regulación por el Estado de órganos sanitarios. En dicha norma se regulan trata de forma diferenciada lo que llaman la sanidad marítima y la sanidad interior y lazaretos, y se regula el papel de los inspectores médicos, -todo ello, una vez más en la línea de atribución al Estado exclusivamente el papel de control de epidemias, y lo que denominados atención sanitaria delegada en la beneficencia o el ámbito de servicio privado para los pudientes).

Pero realmente, en España la aparición del primer atisbo de sistema sanitario público, viene vinculado a la "cuestión social obrera" consecuencia de las nuevas formas de producción derivadas de la Revolución Industrial, siendo clave la creación, durante el gobierno liberal de Posada, de un importante órgano gubernamental, denominado Comisión de Reformas Sociales en 1883 (ejemplo de la superación del individualismo propio del liberalismo, influido por la incipiente presión del movimiento obrero y con influencia del Krausismo alemán), que tenía como finalidad el estudio de la situación y condiciones de vida de la clase trabajadora, y proponer reformas legislativas para mejorarlas.

En este contexto, a nivel institucional, se aprobó el Real Decreto de 12 de enero de 1904, por la que se crea de la Instrucción General de Sanidad, por la que se modifica el esquema organizativo anterior, realizando cierta reorganización de los servicios sanitarios, aunque perdurando la seguridad sanitaria vincula al papel de la "sanidad pública", frente al concepto de derecho a la Salud que sigue en esa dinámica de beneficencia/asis encia privada según el nivel económico de los ciudadanos. En todo caso, el proceso continúa, y la pieza clave en el avance social de la protección pública en términos laborales se da con la creación del Instituto de Reformas Sociales en 1903, y el surgimiento de las primeras normas de contenido social en España, como la Ley de Accidentes de Trabajo (1900), y la creación del Instituto Nacional de Previsión (1908, que duraría hasta 1978), en el que se integraban las cajas que gestionaban los distintos seguros sociales que en los siguientes años van surgiendo (Retiro Obrero en 1919, maternidad en 1923,…), para la protección de los trabajadores, -aunque de forma tan insuficiente que darían lugar a otros mecanismos de protección pero de forma desequilibrada y en ningún caso universal, vinculados a sectores laborales concretos denominadas Mutualidades laborales-. Una vez más, desde el punto de vista institucional hemos de recordar que en 1922 se crea la Dirección General de Sanidad incluida en el Ministerio de Gobernación (seguía sin existir Ministerio de Sanidad…), que centraba sus competencias en un concepto más vinculado a la seguridad que al

[2] Francisco Méndez Álvaro (1806/1883), fue médico higienista liberal, fue el redactor del proyecto de ley sanitaria de 1855.

concepto de la salud como derecho, priorizando medidas de promoción de la higiene de la población, y mecanismos de actuación ante enfermedades infecciosas, y que respondía al mismo modelo precario, con una organización centrada en lo local y rural, y basado en la atención particular y la beneficencia

Así las cosas, es con la Constitución de 1931 aprobada durante la II República Española cuando se introduce por primera vez en nuestro país la idea de protección pública de la salud como derecho de los trabajadores y de los ciudadanos (artículo 43 habla por primera vez de la "asistencia a los enfermos"). De hecho, es ingente el intento reformista del precario sistema sanitario español realizado bajo el mandato del Director General de Sanidad, Marcelino Pascua Martínez (1931/1933)[3], siendo en ese bienio cuando se impulsa la elaboración de un proyecto de "Seguro Obligatorio Unificado", que defendía la unificación de seguros sociales, incluyendo la prestación sanitaria, se presentó a las Cortes en 1936, y que no prosperó al producirse el golpe de estado militar. Pese a la dimisión de Pascua, el avance a nivel institucional se hizo patente en 1934, con la Ley de Coordinación Sanitaria. Esta norma supuso un avance profundo en la intervención estatal de la organización centralizada de servicios sanitarios locales, estableció la figura de las incompatibilidades, limitó los puestos de libre designación existentes hasta entonces de forma abusiva, potenció centros secundarios de higiene rural (que fue un importante instrumentos para introducir de forma sutil la financiación sanitaria con fondos públicos a más ámbitos de población, dado que no se exigía certifi ado de pobreza), y se aprobó, por primera vez, la creación de un Ministerio de Sanidad, que se materializó en 1936, y del que fue titular Federica Montseny.

Pero tal vez lo más importante de toda esta reforma (frustrada en términos prácticos por la guerra civil), es que la idea de "asistencia sanitaria pública" que contenía el fallido proyecto de Seguro Obligatorio Unificada de 1936, es adoptado (sin ser reconocido como tal, lógicamente) en la etapa franquista con la Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), aprobado por Ley de 14 de diciembre de 1942, que quedaba a cargo del Instituto Nacional de Previsión como entidad aseguradora única través de la Caja Nacional del SOE. Según análisis del profesor e historiador Esteban Rodríguez Ocaña, la división política (o mejor dicho de poderes), que hizo el régimen franquista para acomodar a sus partidarios, llevaron a separar la Dirección General de Sanidad del Ministerio de Gobernación, que se atribuyó a los militares católicos y el Ministerio de Trabajo, que quedó bajo control de los falangistas, nombrando como ministro a José Antonio Girón de Velasco. Esto tuvo repercusiones directas en la evolución de la protección sanitaria de nuestro país. El SOE se impulsó desde el Ministerio de Trabajo, que retomó el programa de seguros sociales diseñado durante el gobierno republicano. Este Seguro establecía un primer modelo de prestación sanitaria y seguros sociales regulados y gestionados por el Estado, pero absolutamente limitado, exclusivo para los trabajadores de la industria y los servicios con salarios bajos. La financiación corría a cuenta de empresarios y trabajadores, siendo solo testimonial la aportación del Estado. Contaba con sus propias estructuras organizativas (Instituto Nacional de Previsión, creación de servicios de Atención Primaria…), y cubría inicialmente la medicina general, farmacia y prestaciones económicas por enfermedad. Como consecuencia de estas nuevas instituciones se produce una división en dos escalas de médicos: los de la sanidad nacional y los médicos asistenciales del SOE (Instituto Nacional de Previsión). Así, la primera sanidad pública a nivel prestacional, realmente es una sanidad para pobres[4], que dejaba

[3] Marcelino Pascua Martínez (1897/1977) fue médico, diplomático y político español. Siendo el Doctor Pascua Martínez Director General de Sanidad se intentó impulsar el primer sistema público de salud en España, pero además introdujo reformas referentes a la gestión de la medicina rural, desde donde pretendía introducir lo que podemos denominar como antecedentes de los establecimientos de atención primaria, reforma de la administración y mejora de la capacitación y formación de los profesionales de la salud, publicación de normas y recomendaciones de higiene alimentaria. Dimitió de su cargo por los duros enfrentamientos con los profesionales médicos y farmacéuticos de la época, que vieron en sus intenciones reformadoras una amenaza a sus intereses.

[4] Las palabras del Girón de Velasco (1944), muestran el espíritu que rodea al surgimiento del SOE: "… el trabajador ya no sería un pobre que debería acogerse a la beneficencia pública y vivir el rubor de ser hospitalizado entre mendigos, sino que sería un soldado a quien la sanidad de su ejército de paz atiende cuando ha sido baja en el servicio".

fuera a la mayoría de la población española[5]. Por su parte, en 1944 se aprobó la denominada Ley de Bases de Sanidad Nacional, -que, sin mencionarlo, hacía suyo el contenido de la Ley de Coordinación Sanitaria de 1934-, y posteriormente en 1947 se aprueba el Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez (SOVI).

En todo caso, el modelo de los seguros sociales de inspiración Bismarkiana[6], tiene continuidad durante la dictadura franquista con la creación del SOE, siendo un paso más en ese largo proceso de creación de la Sanidad Pública vinculada a la Seguridad Social española. De hecho, ese tránsito de sustitución de las técnicas de seguros sociales por una Seguridad Social, sigue avanzando en la segunda etapa del régimen franquista, que con la mejora de la situación económica, da otro impulso decisivo al sistema con la aprobación de la Ley de Seguridad Social de 1966, -texto articulado de la Ley de Bases del 63-, donde organiza las medidas de protección social existentes en un sistema de Seguridad Social, suprimiendo los esquemas clásicos de previsión, e incluyendo las prestaciones sanitarias, coexistiendo la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, con la medicina privada y la beneficencia, (sin que se pueda hablar, por tanto, de un sistema público de sanidad tal y como lo conocemos actualmente).

En 1974 se aprueba el Texto Refundido de la Seguridad Social (Decreto 2065/1974), por el que se modifica y amplían las prestaciones sanitarias vinculadas a la Seguridad Social, y las personas y colectivos dentro de su esquema de protección sanitaria, -pero sin llegar a la universalidad de la protección-. El progreso económico del país y el incremento de trabajadores vinculados al SOE a finales de los años sesenta supuso importantes ingresos por cotizaciones al sistema, lo que permitió la mejora de infraestructuras estatales con fines sanitarios (principalmente los hospitales construidos en esta década), y se avanza en la organización con los primeros denominados consultorios médicos, -antecedente de los actuales Centros de Salud-.

La tendencia de incremento en el gasto público en sanidad se mantiene también durante la transición democrática, creándose el Ministerio de Sanidad y Consumo en 1977 y, en 1978, se sustituye el longevo organismos gestor único de prestaciones sociales, el Instituto Nacional de Previsión (INP), por entidades públicas gestoras diferenciadas del incipiente Sistema Público Sanitario, la Seguridad Social y los Servicios Sociales del régimen democrático, (INSALUD, INSS, TGSS, INEM e IMSERSO), algunos de los cuales perduran hasta la actualidad, y que en su momento fueron el comienzo de la nueva organización sanitaria y de protección social.

No obstante, el sistema sanitario de la etapa franquista adolecía de grandes deficiencias que quedaron plasmados en el llamado "informe Brokington" (1967), encargado por la Organización Mundial de la Salud a Fraser Bronkington, consultor especializado en Administración de Salud Pública. Este informe titulado "sobre la organización de los servicios sanitarios en España. Misión efectuada entre el 28 de septiembre y el 15 de diciembre de 1967 por el Doctor Fraser Brokington", denunciaba la inexistencia de contenido en materia de formación e investigación en Salud Pública; se asombraba de la inexistencia de estadísticas; "los principios de la medicina social y preventiva brillan por su ausencia"; critica la deficitaria estructura sanitaria que más allá de las capitales de provincia no cubre la atención pediátrica, cuidado prenatal y protección de la infancia; califica como "caos" la organización administrativa de la sanidad, sin Ministerio de Sanidad, y con competencias dispersas en diferentes ministerios, ("… el escalón central se esfuerza poco o nada por coordinar su política. No

[5] "Esta convivió con distintas entidades colaboradoras como la Obra Sindical 18 de junio, cajas de empresas, mutualidades, compañías aseguradoras y el Instituto Social de la Marina. Característica crónica del seguro fue su carácter deficitario, en el informe sobre la estadística económica del SOE entre 1954 y 1957…". González Murillo, Pedro. Franquismo social y Ministerio de Trabajo (1939/1957). Sociología del Trabajo. Ediciones Complutense. 2021

[6] Recordemos que, a partir de 1883, bajo el mandato de Bismarck, se instaura en Alemania un sistema denominado "Modelo de Seguro Social de Salud", de cobertura sanitaria estatal obligatoria para trabajadores y sus familias, financiada mediante aportaciones de los beneficiarios, que sirvió de referente a la mayoría de países de Europ

existe un diálogo habitual entre los diferentes ministerios"). El estado general de la sanidad española, según el experto, era "peor que el de muchos otros países en vías de desarrollo".

1.2. La Constitución de 1978: tránsito de la sanidad vinculada al sistema de Seguridad Social al Sistema Nacional de Salud español

Como hemos visto, la sanidad pública en España es fruto de un largo proceso evolutivo, pero, evidentemente, la consolidación de un auténtico modelo de sanidad pública universal en España que responde al Modelo Beveridge[7], se produce con la aprobación de la Constitución Española de 1978. En concreto, el artículo 43 reconoce en términos absolutos, por primera vez, el derecho a la protección de la salud de todos los ciudadanos, y establece el mandato a los poderes públicos de su regulación en dichos términos, superando de esta forma, la concepción del sistema que vinculaba y limitaba la sanidad como prestación de la Seguridad Social contributiva. En todo caso, este cambio fue objeto de un complicado proceso de separación en el tiempo de ambos sistemas, y la configuración de una organización propia diferenciada, descentralizada y con una normativa propia a nivel estatal y autonómica, que nos lleva hasta el modelo actual. De hecho, en materia sanitaria el cambio de paradigma que se perfila en la Constitución realmente se produce de forma progresiva, siendo en 1982, con la entrada en el gobierno del partido socialista, cuando realmente se inicia el debate sobre la reforma sanitaria en nuestro país, acorde a los dictados constitucionales, dándose el paso definitivo con la Ley 14/1986, de 25 de abril, que aprobó la Ley General Sanitaria (LGS), -siendo ministro Ernest Lluch-, con diseña un modelo de sistema sanitario autónomo, que es el que actualmente denominamos Sistema Nacional de Salud (SNS).

La Ley General Sanitaria de 1986 fue la norma que desde el punto de vista legal definitivamente reconoce las "prestaciones sanitarias" en un Sistema Público Sanitario para la sociedad española, comenzando así la nueva regulación del modelo acorde al concepto que marcaba la Constitución. En esta etapa se produce un paulatino tránsito de las prestaciones sanitarias de un sistema de Seguridad Social a un sistema autónomo, el que denominamos Sistema Nacional de Salud (SNS), siendo su momento álgido el año 2001 con la culminación de las transferencias sanitarias a todas las Comunidades Autónomas, que asumen este servicio acorde con contenido del artículo 148.1, 21 de la Constitución, - con la aprobación de los Reales Decretos 1471/2001 y 1480/2001- , y con el nuevo sistema de financiación autonómico- establecido por la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, que regula las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía-.

Desde ese momento las Comunidades Autónomas con sus respectivos Servicios Autonómicos de Salud desarrollan la actividad sanitaria, y la financian a través de recursos propios, y el órgano gestor hasta entonces, el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), que desaparece con el Real Decreto 840/2002, de 2 de agosto, que modificó la estructura orgánica del Ministerio de Sanidad y Consumo, reorganizando sus funciones en el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), que se ocupa de las prestaciones sanitarias en el ámbito territorial de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.

Así, el Sistema Nacional de Salud español, va tomando forma en unas estructuras administrativas y una normativa, tanto a nivel estatal como autonómico, que evolucionan para dar respuesta al mandato constitucional, y que progresivamente superan los condicionantes que marcaba el anterior modelo vinculado a la Seguridad Social, tanto en relación al ámbito subjetivo de cobertura,- con la universalidad como referencia-, como a la paulatina modificación de la financiación, que a nivel presupuestario, deja se depender de las cotizaciones de Seguridad Social (que ya era minoritaria desde la Ley de Presupuestos Generales del Estado de 1989), eliminándose la aportación vinculada a éstas

[7] El Modelo Beveridge (1946), responde a la concepción de la sanidad como un derecho humano y por tanto universal, que debe reconocerse a todos los ciudadanos y financiarse por el Estado a cargo de impuestos y presupuestos públicos.

con la aprobación de la Ley 24/1997, de 15 de julio, de consolidación y racionalización del sistema de Seguridad Social, que declaró el carácter no contributivo y universal de las prestaciones sanitarias, siendo definitiva ente su financiación a cargo de Presupuestos Generales del Estado a partir de 1.999.

Aunque el tránsito de las prestaciones sanitarias hacia el Sistema Nacional de Salud tiende a materializar su carácter universal y gratuito, existen aún elementos que evidencian limitaciones en el alcance de dicho proceso. Por una parte, perviven restos del sistema de Seguridad Social que observamos en relación a prestaciones sanitarias específicas adicionales cuando derivan de contingencias profesionales, y más significativo aún es el tratamiento particular de los beneficiarios de los Regímenes Especiales de la Seguridad Social vinculados a ciertos funcionarios (funcionarios civiles del Estado, Fuerzas Armadas y Administración de Justicia), en cuanto se reconoce a los sujetos incluidos en estos regímenes una forma de prestación sanitaria de carácter específico y privilegiado (la denominada cartera de servicios de las Mutualidades de funcionarios). Estas reminiscencias, junto a la incompleta plenitud de la universalidad del derecho a las prestaciones sanitarias (más aún después de las reformas introducidas en 2012, como luego se tratará), impiden afirmar que se ha producido una total segregación del sistema de Seguridad Social, sin perjuicio de que se produzca un cambio en la naturaleza de las prestaciones sanitarias de este nuevo sistema[8].

1.3. La regulación y organización del Sistema Nacional de Salud español. Riesgos de la fragmentación

El concepto y la regulación del sistema público sanitario, como se ha dicho, cambia radicalmente con la Constitución del 78, y a pesar de la incompleta segregación del sistema de Seguridad Social que aún arrastramos, es evidente que se ha operado un cambio de naturaleza en las prestaciones sanitarias y en el Sistema Sanitario Público que las sitúan en un plano diferente. Este cambio de naturaleza queda reflejado en el reparto de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas (CCAA) respecto a las prestaciones sanitarias, que es título competencial exclusivo para el Estado en materia de Seguridad Social, -limitando el papel de las Comunidades a competencias ejecutivas-, (art. 149.1.117ª CE), frente al título que se atribuye al Estado en materia sanitaria sobre la legislación básica y coordinación (art. 149.1.16ª CE), sin perjuicio de la capacidad de las CCAA de desarrollar tanto funciones legislativas, como ejecutivas sobre los servicios sanitarios que han asumido. Como consecuencia de esto las competencias sobre legislación relativa a prestaciones sanitarias permiten distinguir una función normativa estatal de carácter básico, que coexiste con una función normativa autonómica de desarrollo y ejecución de y desde lo básico.

En materia de organización la LGS se marca como objetivo el orientar los servicios a un modelo de cobertura universal, y de coexistencia de prevención y tratamiento, creándose el nuevo Sistema Nacional de Salud (SNS), basado en el principio de descentralización territorial de los servicios de salud de cada Autonomía que, en todo caso, serán coordinados por la Administración central, mediante la intervención del Ministerio de Sanidad ("encargado de proponer y ejecutar las directrices generales del gobierno sobre la política de salud, planificación y asistencia sanitaria .."), y la reforma de la Atención Primaria (que definió el Real Decreto 137/1984, sobre Estructuras Básicas de Salud, en el que se establecieron las Zonas de Salud, Centros de Salud y equipos de atención primaria, Cabos Muiños, J.). En el año 1989 se produce el importante cambio del sistema en cuanto a la forma de financiación del gasto sanitario público, que se asume por el Estado a través

[8] Vida Fernández, J.: "…ni la doctrina ni el legislador aceptan de modo pacífico que las prestaciones sanitarias hayan sufrido una modificación en su naturaleza jurídica que permita situarlas en un plano competencial diferente. La consideración de la asistencia sanitaria dentro del marco conceptual y competencial de la Sanidad no es pacífica si bien se va extendiendo por la doctrina administrativista española (J. L. Beltrán Aguirre, J. Pemán Gavín, J. Tornos Más, M. Vaquer Caballería). Desde el punto de vista dogmático, podemos comprobar el reflejo de esta modificación de la propia naturaleza de las prestaciones sanitarias en cuanto cambian su apellido «de la Seguridad Social» a «del SNS», y se rompe el tratamiento exclusivo por y desde una perspectiva del trabajo asalariado como lo pone de manifiesto Alonso Olea, 1999, en su obra Instituciones de Seguridad Social".

del mecanismo de impuestos y Presupuestos Generales del Estado, a la vez se avanza en la cobertura sanitaria universal, superando el esquema de sujetos vinculados a la Seguridad Social. Este es un paso más en la configuración del nuevo SNS, pero sobre todo imprescindible y decisivo en el proceso de descentralización del sistema.

En este mismo proceso, es también trascendental la aprobación del Real Decreto ley 10/1996, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Insalud, y la redacción definitiva en esta materia que aportó la Ley 15/1997, de 10 de abril, de Habilitación de Nuevas Formas de Gestión. Efectivamente, al principio la LGS incorpora al nuevo SNS un modelo de organización de centros y servicios caracterizados por la gestión directa pero las nuevas exigencias a las que tiene que responder el sector sanitario, y la influenci del denominado "Informe Abril Martolell",[9] llevan al ejecutivo a dar el paso de regular la nueva forma de gestión de la sanidad pública, abriendo la posibilidad a la administración de centros sanitarios bajo nuevas formas de gestión indirecta mediante cualesquiera entidades admitidas en Derecho, "así como mediante consorcios, fundaciones u otros entes dotados de personalidad jurídica, pudiéndose establecer acuerdos o convenios con personas o entidades público o privadas, y fórmulas de gestión integrada o compartida, generalizando las previsiones contenidas en diversas leyes dictadas por las Comunidades Autónomas con competencia en la materia", (Exposición de Motivos de la Ley 15/97).

Efectivamente, aunque el informe no cuadraba con los principios políticos de los partidos de izquierda, no tardó mucho en marcar el inicio de una nueva política que afecta hasta la actualidad a la configuración del sistema (que por otro lado ya habían iniciado desde el modelo sanitario catalán, privatizados los servicios sanitaros mayoritariamente). A partir de la Ley 15/1997, comienza la apertura a un juego de privatizaciones en la gestión de la sanidad pública, con la creación de nuevas formas de organización de los centros de sanitarios, (que fue recogido en el Plan Estratégico elaborado por el INSALUD para 1997-2000), siendo esta una opción que si bien tiene ventajas en cuanto a la mayor capacidad de adaptación a las necesidades y formas de gestión menos burocratizadas que efectivamente era un defecto del modelo de origen, a día de hoy, donde la gestión de lo público ha evolucionado notablemente, realmente supone una vía abierta a oportunidades de negocio y a una injustificada fragmentación del SNS que, como luego se verá, afecta a nivel legislativo, y prestacional del sistema. Al final del presente capítulo comentaré la inminente reforma que afectará a este tema, con la previsible derogación de la Ley 15/1997, y el artículo 90 LGS, en un intento de recuperar la prevalencia de la gestión pública del sistema público sanitario.

En este contexto de la renovación general de la organización sanitaria, como ya avanzamos, finalmente desaparece el INSALUD en 2002, pasando a crearse el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), y, procediéndose por otro lado a las transferencias sanitarias a todas las Comunidades Autónomas que crean sus propios servicios, que deberán cumplir con el gran reto de responder al nuevo modelo y papel de los poderes públicos, que no se limita a la atención de la enfermedad, (como sucedía en el modelo de Seguridad Social), sino que incluyen el de cualquier tipo de ayuda, o contribuir al logro de una salud individual adecuada, incluyendo prevención, promoción de la salud, rehabilitación y reinserción… destinadas a garantizar el derecho a la salud.

[9] El denominado Informe Abril Martorell fue elaborado en 1991 por una Comisión, creada a instancia del ejecutivo socialista, para el análisis y evaluación del sistema sanitario español, a fin de realizar recomendaciones de mejora principalmente en cuanto a su organización y gestión, teniendo presentes elementos demográficos (envejecimiento de la población), de evolución de la técnica que afectan a la forma en que se prestan los servicios sanitarios y su incremento en cuanto a costes. En este informe se hace una valoración positiva del Sistema Nacional de Salud español, pero a la vez se requieren reformas, entre otros aspectos, para mejora de la Atención Primaria, el desarrollo de la medicina preventiva (casi inexistente), y sobre todo consideraban la necesidad de una visión más global y empresarial en el sistema, tanto a nivel de gestión, como de financiación, y de concreción de la asistencia sanitaria, porque se considera que en aquel momento "el Sistema Público no tenía visión global y empresarial", y se entendía que existía un "cierto agotamiento del sistema sanitario".

Pues bien, se pude afirmar que este proceso de reorganización culmina en el año 2001, momento a partir del cual el SNS español definitivamente se o ganiza en dos niveles básicos:

El nivel central, ejerciendo el gobierno común la intervención del Ministerio de Sanidad que es el responsable de promover la coordinación general y cooperación e información para todo el sector sanitario (entre las diferentes autonomías), además proporciona la legislación sanitaria básica, y definir la cartera de servicios básica del SNS, marca la política farmacéutica y la educación sanitaria; y el nivel autonómico, de forma que cada Comunidad Autónoma planifica, administra y gestiona sus propios servicios de salud, produciéndose diferencias en relación a las carteras de servicios según los territorios, pero con un alcance limitado dado que deben respetar los niveles básicos comunes establecidos por el gobierno central, conforme marca el propio artículo 43.2 de la Constitución ("…la ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto"), sin perjuicio del desarrollo autonómico.

La nueva organización autónoma, y descentralizada desde el punto de vista territorial del sistema sanitario tiene grandes ventajas y responde a un modelo más ajustado a la realidad de nuestra sociedad y organización territorial como Estado, pero también tiene consecuencias que derivan de una estructura compleja. La más importante de estas consecuencias es que la nueva organización conlleva una especial configuración de las normas que van a incidir sobre un elemento clave como son las prestaciones sanitarias que atiende el sistema.

En definitiva, la sucesiva acumulación y fragmentación de normas que derivan tanto de los solapamientos del SNS y Seguridad Social, y sobre todo de la descentralización y las competencias autonómicas en sanidad, dan lugar a una dispersión de su régimen jurídico.

Esta realidad se intensifica con el cambio de milenio y lleva a la aprobación de una reforma de la LGS, mediante la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (LSNS), (que a día de hoy sigue en vigor, si bien afectada por la reforma que introdujo el Real Decreto Ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS). Esta nueva ley sanitaria lo que hizo fue revisar y sistematizar de forma más cohesionada y en términos de calidad, la norma básica estatal sanitaria. Realmente no se trató de un cambio radical, por es calificada más que como una reforma, como "un reajuste en el Sistema Sanitario Público," (en este sentido, Vida Fernández, J), tal y como veremos en el siguiente apartado.

2. LA CARTERA COMÚN DE SERVICIOS ESTATAL

2.1. Introducción

Una de las cuestiones clave que determina la calidad del servicio público sanitario es el alcance y contenido de las prestaciones sanitarias que cubre el Sistema. La regulación de este aspecto concreto no viene dada por la Constitución, puesto que su papel es solo el de reconocer el derecho a las prestaciones sanitarias para todos los ciudadanos, pero como el resto de derechos de tipo prestacional, se establece el mandato a los poderes públicos para que procedan a desarrollarlo y tutelarlo mediante ley (art. 43.2 CE).

Así pues, el derecho a las prestaciones sanitarias, -en ese sentido amplio de protección de la salud[10], no solo de atención a la enfermedad, que ya se dijo-, es un derecho de configuración legal, cuyo contenido se determina acorde al esquema de reparto de competencias Estado y Autonomías, contando con una normativa básica estatal cuyo objetivo es garantizar unas bases comunes y la coordinación, sin perjuicio de la correspondiente legislación autonómica de desarrollo y ejecución, que es clave.

[10] Desde el punto de vista de la ley, entendemos por prestaciones, tal como consta en el artículo 7 LSNS, "los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud, dirigidos a los ciudadanos".

En concreto, la normativa básica estatal, es el primer referente en cuanto al cuadro de prestaciones que cubre nuestro SNS, y viene determinado por las ya mencionadas: Ley General de Sanidad de 1986, (que reconoce el derecho pero que, al ser norma general, solo marca los dictados generales pero no concreta el contenido específico de las prestaciones, que en un primer momento se marcan por reglamento); la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (LSNS), que eleva a rango de ley el catálogo de prestaciones sanitarias y de farmacia (art. 5), dedicando expresamente un Capítulo I a este tema, pero que completa en contenido el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de las Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud, -RDOPS-, (actualmente derogado), que se mantuvo en vigor mientras no existía reglamento de desarrollo[11]. Posteriormente, el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, reguló la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, que es la norma reglamentaria que, con modificaciones incluidas, sigue vigente y desarrolla el contenido de las prestaciones sanitarias que cubre el SNS.

Llegados a este punto hay que resaltar la gran modificación que se produjo en el SNS en el año 2012. Efectivamente, en un contexto de crisis económica, el ejecutivo del Partido Popular aprobó el 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. Con esta reforma se limitaba la universalidad del sistema, y se introducen copagos en ciertas prestaciones sanitarias, que se realiza mediante una reordenación de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, que se produce con la modificación del contenido del artículo 8 de la LSNS, aspecto que se analizará en el siguiente apartado.

En todo caso, el alcance del contenido de las prestaciones sanitarias que cubre el sistema es delimitado de forma genérica por la norma estatal, que busca garantizar un contenido básico común, sin perjuicio de las competencias autonómicas. Así lo reflejó en su momento la LGS de 1986, y se concreta en la LSNS (desarrollado actualmente por Real Decreto 1030/2006), que regulan el catálogo de prestaciones del SNS y la denominada cartera de servicios, que trataremos en el siguiente apartado. Esta regulación tiene una, dimensión positiva (lo que se incluyen), y negativa (lo que se excluye de la cobertura, art. 17 y 21 LSNS, y Anexo III del RDOPS[12]), dado que se trata de dotar de prestaciones sanitarias a los ciudadanos para garantizar los mejores niveles de salud posibles, pero dentro de una lógica y en términos de eficacia y racionalidad. Pero el cuadro completo lo obtenemos sumando a lo anterior, la regulación de las Comunidades Autónomas en materia de prestaciones sanitarias, debiendo tener en cuenta las leyes autonómicas de salud, que regulan las reglas generales sobre las prestaciones sanitarias que proporcionan estas administraciones, a lo que se suman las normas reglamentarias de ejecución de las prestaciones básicas establecidas a nivel estatal.

En este contexto es necesario hacer referencia, aunque sea brevemente, al alcance de los sujetos beneficia ios de dichas prestaciones. Sin perjuicio de que el español es un sistema sanitario cuyo objetivo es lograr la universalidad en términos de sujetos protegidos, (art. 43 CE, y artículo 1.2, 3.2 LGS), es fruto de un necesario proceso hasta alcanzar su plenitud, que se asumía desde el principio (así lo preveía expresamente la Disposición Transitoria 5ª LGS). Si bien, además, se suman a este proceso momentos de regresión como el que se produjo en el año 2012. De esta forma, inicialmente, se reconoce el derecho de las prestaciones a todos los españoles, pero se matizaba y limitaba en el caso de los extranjeros. En principio dicha limitación era estrictamente acorde con el artículo 12 de la

[11] Hay que matizar que el catálogo de prestaciones que establecía el RDOPS ya excluía la intervención sobre prestaciones farmacéuticas, y remite a su regulación específica, (Disposición Adicional 3ª), de tal forma que en relación a este aspecto surge un subsistema dentro del sistema general de prestaciones sanitarias.

[12] Se excluyen conforme consta en el Anexo III del RDOPS : 1. La expedición de informes o certificados sobre el estado de salud distintos de los previstos en el anexo I; 2. Los reconocimientos y exámenes o las pruebas biológicas voluntariamente solicitadas o realizadas por interés de terceros; 3. La cirugía estética que no guarde relación con accidente, enfermedad o malformación congénita; 4. Los tratamientos en balnearios y las curas de reposo; 5. La cirugía de cambio de sexo, salvo la reparadora en estados intersexuales patológicos; 6. El psicoanálisis y la hipnosis.

Ley Orgánica 4/2000, de derechos y libertades de los extranjeros en España, haciendo un tratamiento diferenciando entre el derecho que sí se reconoce a nacionales de Estados de la Unión Europea, y de otros Estados, que dependerá de las circunstancias de cada caso (art. 3 LSNS).

Como se ha avanzado, existe un momento de retroceso en ese camino hacia la universalidad (que de hecho se había logrado de facto), y vino de la mano del RDL 16/2012, que retocó el ámbito subjetivo de cobertura sanitaria modificando el artículo 3 de la LSNS, e introduciendo limitaciones desde el punto de vista subjetivo, adoptando el concepto de asegurado para limitar el alcance subjetivo de la cobertura sanitaria. De esta forma se produce un retroceso a un concepto más parecido al de la anterior sanidad vinculada al sistema de Seguridad Social. En concreto, en la nueva redacción del artículo 3, se reconocen como asegurados a los "afiliados a la Seguridad Social, pensionistas, beneficiarios o demandantes de empleo", y en un segundo término a los españoles y extranjeros en situación regular, pero siempre que no superen determinado nivel de ingresos[13]. A los asegurados se unen los beneficiarios que son aquellas que mantienen determinados vínculos con éstos y residen en España. Los extranjeros en situación irregular quedan fuera de la cobertura sanitaria excepto en caso de urgencia vital, y quienes no queden excluido de la cobertura pueden pagar los servicios recibidos o suscribir un convenio especial que funciona a modo de seguro privado[14]. Esta modificación del ámbito subjetivo de protección del sistema sanitario fue objeto de recurso de inconstitucionalidad, cuya resolución judicial sirvió a corroborar que el derecho a la atención sanitaria se configura en nuestro país como un derecho de configuración legal y no como derecho subjetivo directamente exigible ante el Estado por los ciudadanos, (olvidando tratar el tema desde el punto de vista de la configuración constitución del derecho que es evidentemente el de una sanidad pública universal).[15]

2.2. Ordenación del Catálogo de Prestaciones Básicas del Sistema Nacional de Salud. Las carteras de servicios

Partimos de que el derecho a las prestaciones sanitarias son un derecho de configuración legal, cuyo contenido se determina conforme al esquema general del reparto de competencias entre Estado y Autonomías en materia de sanitaria, correspondiendo al Estado marcar las prestaciones básicas en ejercicio de sus competencias sobre las bases y coordinación de la sanidad (art. 149 CE).

En un primer momento, la LGS de 1986, articula una vía indirecta (DA 14ª), autorizando al ejecutivo a desarrollar el contenido básico de prestaciones a las que debía responder el nuevo Sistema Sanitario, aprobándose el ya mencionado RDOPS. Posteriormente, con la aprobación de

[13] Quedan excluidas de la condición de asegurado aquellos que no tengan ingresos superiores en cómputo anual a cien mil euros ni cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía (art. 2 b) del Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del SNS.

[14] La Orden aprobada el 3 de octubre de 2012, establece los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria para personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud.

[15] En sentencia de 139/2016, de 21 de julio (RTC 2016, 139), el Tribunal Constitucional se pronuncia sobre la cuestión al hilo del recurso de inconstitucionalidad presentado contra el RDL 16/2012 que operó la más importante reforma del SNS reintroduciendo, entre otras cosas, la condición de asegurado y beneficiario para el disfrute de la asistencia sanitaria, haciéndola depender de distintas circunstancias que restringían el acceso a una asistencia sanitaria universal. Pues bien, el Tribunal Constitucional se ocupa de recordar (Fundamento Jurídico Sexto) que el artículo 43 CE se sitúa entre los principios rectores de la política social y económica, los cuales, en virtud de lo que dispone el artículo 53.3 CE, deben informar la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos, pero que a su vez sólo se pueden alegar ante la jurisdicción ordinaria de acuerdo con lo dispuesto en las leyes que los desarrollen. El Tribunal Constitucional señala que el cambio operado por el Real Decreto-Ley 16/2012 no afecta a la constitucionalidad de la medida, «ya que la Constitución no ha prefigurado directamente un contenido prestacional que el legislador deba reconocer necesariamente a cualquier persona, sino que el artículo 43.2 CE impone un mandato a los poderes públicos, y en particular al legislador, para establecer los derechos derivados del apartado 1 de ese mismo precepto. Como ya se ha señalado, se trata de un derecho de configuración legal y que, por tanto, permite al legislador redefinir los derechos y obligaciones de los titulares del mismo»

la LSNS, se dispone un mecanismo de delimitación del contenido de las prestaciones sanitarias que pretende racionalizar el ejercicio de las funciones legislativas de desarrollo asumidas por las autonomías, distinguiendo entre el catálogo del SNS en el que figuran las prestaciones sanitarias de contenido básico e indisponible para todas, y las carteras de servicios, en las que se hacen efectivas las prestaciones contenidas en el catálogo, y que están pensadas para permitir el ejercicio de competencias tanto por parte del Estado como de las distintas CCAA.

Dada la estructura del contenido de las prestaciones sanitarias que ofrece la LSNS parece que dicho contenido es indisponible para las Comunidades tanto en sentido negativo (de hecho no pueden excluir ninguna prestación del catálogo), como en positivo, en cuanto no podrían añadir ninguna prestación al catálogo, concentrando el ejercicio de competencias autonómicas en la determinación de las carteras de servicios y en su ejecución (con el fin de evitar gastos extraordinarios que conllevaría el incremento del catálogo de las prestaciones). Sin embargo, el hecho es que las CCAA pueden establecer nuevas prestaciones sanitarias (así lo reconocen las Autonomías en sus respectivas normas de salud), junto a las incluidas en el catálogo del SNS que constituiría el contenido básico desarrollado por las Comunidades, completándose el catálogo de prestaciones siendo éstas, igualmente, prestaciones del SNS ya que el sistema es único. Sin embargo, el hecho es que, existen diferentes desarrollos entre autonomías derivadas de este sistema de reparto de competencias sanitarias, (tanto en contenido, como en copago de ciertas prestaciones no básicas). En definitiva, las CCAA asumen el contenido básico de las prestaciones y lo pueden desarrollar estableciendo un contenido complementario, respetando las reglas que la norma marca para ello.

Desde el principio, la LSNS concibe la cartera de servicios como el ámbito natural para que las Comunidades lleven a cabo el ejercicio de sus competencias de desarrollo, pero no deja libertad total en este desarrollo de las carteras de servicios. Así en el art. 20.2 LSNS establece que las autonomías tendrán que tener en cuenta una serie de circunstancias a la hora de elaborar las carteras de servicios (tendrán presente "*la eficacia, efectividad, seguridad y utilidad terapéutica, así como las ventajas y alternativas asistenciales, el cuidado de grupos menos protegidos o de riesgos y las necesidades sociales, y su impacto económico y organizativo*" … Esta fórmula se corrobora en la reforma de 2012 que establece, para la evaluación de dicho contenido la participación de nuevo organismo denominado Red Española de Agencias de Evaluación Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS. En todo caso, el legislador deja constancia de que no se incluirán en la cartera común las técnicas, tecnologías y procedimientos cuya contribución médica "no estén suficientemente probadas", (art. 20.2 LSNS)

Así pues, en cuanto a su contenido las prestaciones sanitarias se fijan a nivel estatal en el Catálogo de Prestaciones del SNS (art. 7 LSNS) cuya finalidad es garantizar las condiciones comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención sanitaria para todos los ciudadanos. Se consideran prestaciones de atención sanitaria del SNS los "*servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud"* dirigidos a los ciudadanos. A partir de la definición de las prestaciones sanitarias que potencialmente incluiría todos los tratamientos relativos a la salud existentes, los artículos 11 a 19 de la LSNS delimita aquellos que sí van a recibir la cobertura pública que serán los que se incluyen en el catálogo de prestaciones del SNS, (inicialmente regulado por el RDOPS, actualmente regulado en el RD 1030/2006 sobre cartera de servicios comunes): las prestaciones correspondientes a salud pública, atención primaria, atención especializada, atención socio-sanitaria, atención de urgencias, la prestación farmacéutica, la ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario.

Como ya se avanzó, la reforma en la configuración de la Cartera Común de servicios del SNS, introducida por el RD Ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS, supuso un cambio de concepto en Sistema. Se produjo entonces el fraccionamiento en tres de la Cartera Común, que tenía como objetivo el descargar el gasto público vinculado a sanidad, aceptando el copago de ciertas prestaciones. En concreto se reconocen la modalidad de Cartera Común Básica

de servicios asistenciales (art. 8 bis LSNS, según esta modificaci n); la Suplementaria (art. 8 ter); y la Cartera Común de Servicios Accesorios (art. 8 quárter), -siendo las dos últimas las que se ven afectadas por la participación económica del usuario del servicio-. El Consejo Interterritorial del SNS acuerda la Cartera Común de servicios SNS, aprobándose posteriormente por Real Decreto, y con un control anual de costes de aplicación que realizará el Ministerio de Sanidad, (art. 8 LSNS, según redacción dada por el RDL 16/ 2012).

También es importante resaltar que, entre las novedades que introdujo originariamente en esta materia la LSNS, (y que mantiene la reforma de 2012), destacan la racionalización de la ordenación de prestaciones que sirvió para articular el desarrollo por parte de las autonomías, y el establecimiento de un mecanismo para mantener equilibrado y actualizado el catálogo de prestaciones, que lógicamente es especialmente sensible a los avances tecnológicos, y a las características de la población que cubre, siendo imprescindible su actualización para garantizar su efectividad. Así pues, se regula y prevé la forma de actualización del catálogo según exigencias, incluyéndose nuevos servicios y excluyéndose otros según evolucionen las necesidades y las técnicas.

Esto se reguló, en la D.A. 2ª de la ley, que ordenaba que dichas modificaciones se hagan mediante Real Decreto, "previo informe del Consejo Interterritorial del SNS y dictamen del Consejo de Estado", y siempre atendiendo para aprobar su inclusión a los principios de eficacia, eficiencia, seguridad y utilidad terapéutica. El artículo 21 LSNS, (modificado en 2012), establece los requisitos que deben respetarse para la actualización de la cartera común de servicios (ya sea para añadir o para excluir técnicas), que requerirá Orden del titular del Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS, y sometiendo las nuevas técnicas y medios a "evaluación con carácter previo, por la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS, (art. 21 LSNS). El contenido de la cartera común de servicios del SNS, se desarrolla en el Real Decreto 1030/2006 (revisado por última vez en 2019), que sigue regulando, igualmente, el procedimiento para su actualización.

Así pues, en esta estructura descentralizada del SNS, la concreción de las prestaciones que atiende el Sistema de forma única, se hace efectiva mediante la denominada Cartera de servicios común, que se proporciona de forma ordinaria en los centros propios o concertados del SNS. Por su parte, el artículo 11 del RD 1030/06, reconoce las competencias de cada Comunidad Autónoma para aprobará su propia cartera de servicio complementarias, pero siempre teniendo en cuenta el artículo 20 LSNS, que exige que se respete el contenido mínimo la cartera de servicios aprobada a nivel estatal. Se garantiza con ello que exista un contenido mínimo armonizado para todos los territorios, y por tanto para todos los ciudadanos, pero también podrán incorporar en sus carteras de servicios específicas, técnicas, tecnologías o procedimientos no contemplado en cartera común, Esta decisión deberá ser informada con carácter previo a su adopción, ante el Consejo Interterritorial del SNS, (art. 5 del RD Ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS, que modificó el art. 8 quinquies de la LSNS). En todo caso, para la inclusión de prestaciones más allá de las básicas, se establecerán recursos adicionales necesarios, y la garantía previa de suficiencia financiera de la misma, en el marco del cumplimiento de los criterios de estabilidad presupuestaria, (art. 11.2 RD 1030/2006).

El Ministerio de Sanidad cuenta con un sistema de información de cartera de servicios en el que se recoge el contenido de la cartera común, y el de las diferentes carteras complementarias de las Comunidades Autónomas y de las Mutualidades de funcionarios, de acceso abierto a todas las administraciones sanitarias, profesionales y usuarios.

En resumen, el Catálogo de Prestaciones del SNS determina a nivel legal el contenido de las prestaciones, que se concreta y se actualiza mediante las carteras de servicios, (incluidas las complementarias de las CCAA), definidas legalmente como el "conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en

el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias" (art. 8 LSNS). La cartera complementaria de las CCAA incluirá el nivel básico común, aparte de las complementarias que puedan aprobarse en su territorio, pero cumpliendo los requisitos antes comentados. En el caso de que una autonomía no pueda ofrecer algunos de los servicios que incluye la cartera común del SNS, se establecerán los mecanismos para remitir al usuario que los precise al centro donde pueda ser facilitado, con coordinación con el Servicio de Salud que lo facilite.

3. ESTRUCTURA DE LA CARTERA COMÚN DE SERVICIOS ESTATAL: BÁSICA DE SERVICIOS ASISTENCIALES (PRESTACIONES SANITARIAS). SUPLEMENTARIA (PRESTACIONES SANITARIAS). DE SERVICIOS ACCESORIOS (ACTIVIDADES, SERVICIOS O TÉCNICAS)

La estructura de la Cartera Común de Servicios Estatal conserva, a día de hoy, la forma que le dio el RD-Ley 16/2012, que dividió la hasta entonces cartera común, en tres bloques:

La cartera común básica de servicios asistenciales (es la única que garantiza la total gratuidad para todo el país, y que incluye actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, así como el transporte sanitario urgente, cubiertos de forma completa por financiación pública.); la cartera suplementaria, (incluye todas aquellas prestaciones cuya provisión se realiza mediante dispensación ambulatoria y están sujetas a aportación del usuario (prestación farmacéutica, ortoprotésica y con productos dietéticos, y transporte sanitario no urgente por prescripción médica. El Ministerio dispone su actualización, financiación máxima y aportaciones de los pacientes (excepto para el caso de los medicamentos). y la cartera de servicios accesorios, (incluye todas aquellas 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, estando sujetas a aportación y/o reembolso por parte del usuario. El titular del Ministerio aprueba la inclusión de servicios accesorios, los importes máximos de financiación, así como las modalidades de aportación o reembolso aplicables en cada caso)

Así, la nueva estructura organiza las prestaciones en función de su relevancia, y para cada una dispone un alcance distinto en términos de financiación pública (límites de financiación y participación en el pago de los pacientes), así como distintos mecanismos de actualización a partir de su aprobación que se lleva a cabo mediante Real Decreto acordado en el seno del Consejo Interterritorial del SNS.

Como se puede observar la cartera suplementaria y la de servicios accesorios, permiten la introducción de copagos de las prestaciones a las que se extienden sus competencias. Este cambio alejó de la financiación pública a la globalidad del sistema, e introducía la posibilidad de aprobar el copago de ciertas prestaciones. Por esta razón, y por las limitaciones introducidas en relación al ámbito subjetivo, se dice que la reforma sanitaria de 2012 supuso una ruptura en la evolución del sistema sanitario español que, de forma acorde a los principios constitucionales, se caracterizaba por su universalidad (que existía de facto) y su carácter público y gratuito (asumiendo ahora el coste de ciertas prestaciones).

En 2021, con la aprobación de los Presupuestos Generales del Estado, se recuperó en ciertas prestaciones de las de la cartera suplementaria, la cobertura económica pública, siendo este un primer paso en una reforma que busca la recuperación progresiva de la cobertura pública gratuita de prestaciones. Así pues, actualmente nos encontramos en un momento de transición, pendientes de la aprobación de una nueva reforma legislativa que recuperará la cartera única de servicios, buscando garantizar un núcleo duro de prestaciones para todos los ciudadanos, y evitar que puedan introducirse nuevos copagos sanitarios.

4. CONTENIDO DE LAS TRES MODALIDADES DE LA CARTERA COMÚN DE SERVICIOS ESTATAL

El contenido concreto de la Cartera Común de prestaciones, se regula conforme a la nueva estructura en las tres modalidades del Real Decreto 16/2012, (texto modificado del artículo 8 de la LSNS), y el Real Decreto 1030/2006, que se mantiene vigente en tanto no se apruebe nuevo reglamento (DT 2º del RD Ley 16/2012), y que desarrolla en cuanto a contenido concreto, (a lo que se suman numerosas órdenes del Ministerio de Sanidad y acuerdos, que concretan y detallan diferentes apartados de las prestaciones, según se van acordando actualizaciones de la cartera común).

Seguidamente se aporta un esquema de las prestaciones (no el detalle del contenido exhaustivo de cada prestación), que componen y en el que se divide la Cartera de servicios comunes del SNS, que es el siguiente:

1. Cartera común básica de servicios asistenciales

1.1. Las prestaciones de Salud Pública

Son las que hacen referencia al objetivo preventivo del SNS. La norma las define como el conjunto de iniciativas organizadas por la Administración sanitaria para preservar, proteger y promover la salud de la población (artículo 11 LSNS).

El artículo 11 de la LSNS recoge el denominado catálogo de prestaciones de Salud Pública, que incluyen: Información y vigilancia epidemiológica; la protección de la salud (diseño e implantación de políticas de salud y ejercicio de la autoridad sanitaria); promoción de la salud y la prevención de enfermedades y de las deficie cias; la vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías y del tráfico internacional de viajeros por parte de la administración sanitaria competente; la promoción y protección de la sanidad ambiental; la promoción y protección de la salud laboral; la promoción de la seguridad alimentaria.

Muchas de estas prestaciones venían ya referenciadas en la LGS, si bien no como concepto y con la sistemática que lo hace la LSNS. Su regulación supuso poner mayor relevancia al elemento preventiva y de cultura de la salud, que deben prestarse desde el Sistema de Salud Público. El Anexo I del RD 1030/2006, señala que a fin de hacerse efectiva la orientación de la actividad sanitaria deberá estar "orientada al diseño e implantación de políticas de salud", orientación al ciudadano con programas de protección, promoción y prevención de enfermedades que se realizarán con "programas intersectoriales y programas transversales".

Estas prestaciones, si bien son muy abiertas en cuanto a contenido, deberán informar en todo caso la forma de actuación del sistema, y se proporcionarán a partir de las estructuras de salud púbica de las Administraciones y de las infraestructuras de atención primaria (art. 11.2 LSNS, Anexo I RD 1030/06).

El amplio concepto de Salud Pública es regulado también por la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, que desarrolló, entre otros aspectos, los principios generales de salud pública, actuaciones de salud pública como vigilancia de la salud, promoción y medidas de fomento, comunicación en salud pública, prevención, coordinación de la promoción de la salud, y prevención de enfermedades.

1.2. La atención primaria

Se define como el nivel básico e inicial de atención sanitaria, 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 (art. 12 LSNS y Anexo II del RD 1030/2006). Incluye el abordaje de los problemas de salud y los factores y conducta de riesgos para la salud. Se presta por equipos

interdisciplinares, garantizando la calidad y accesibilidad a los servicios sanitarios, y la coordinación entre los sectores implicados.

Comprende los siguientes servicios: Atención sanitaria a demanda, programada y urgente, tanto de consulta como en el domicilio de la persona enferma; Indicación o prescripción y realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos; actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria; actividades de información y vigilancia en la protección de la salud; rehabilitación básica; atención y servicios específicos relativos a grupos de edad, grupos de riesgo y enfermos crónicos (a infancia, adolescencia, mujer, adultos, personas mayores, detección y atención a la violencia de género y malos tratos en todas las edades); atención paliativa a enfermos terminales; atención a la salud mental en coordinación con los servicios de atención especializada; atención a la salud bucodental.

1.3. Las prestaciones de atención especializada

Es el segundo nivel de atención viene desarrollado en el Anexo II del RD 1030/06, que lo describe como el nivel de atención sanitaria establecido que corresponde, *"una vez superadas las posibilidades de la atención primaria"* en relación al diagnóstico, terapias, rehabilitación y cuidados, además de las de educación y prevención de enfermedades, "c*uya naturaleza aconseja que se realicen a este nivel*" superior. Se incluye en esta prestación la atención en consultas externas y en hospital de día.

La atención especializa comprende: La asistencia especializada en consultas; atención especializada en hospital de día, médico y quirúrgico; hospitalización en régimen de internamiento; apoyo a la atención primaria en el alta hospitalaria precoz y, en su caso, hospitalización a domicilio; indicación o prescripción, y realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos; atención paliativa a enfermos terminales; atención a la salud mental; y rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable

1.4. Prestación de atención sociosanitaria

Comprende todos los cuidados destinados a enfermos, normalmente crónicos, que pueden beneficiarse de la actuación simultánea de los servicios sanitarios y sociales para potenciar su autonomía, paliar padecimientos y su reinserción social (artículo 14 LSNS).

Comprende: los cuidados de larga duración; atención sanitaria de convalecencia; rehabilitación para pacientes con déficit funcional recuperable

Los servicios sociales y sanitarios de las administraciones públicas competentes garantizarán la continuidad de estos servicios. Dado el reparto competencial que regulan los artículos 148 y 149 de la CE, estas prestaciones que podríamos calificar como de naturaleza mixta, son desarrolladas principalmente por las Comunidades Autónomas, que en su totalidad han asumido la asistencia social.

1.5. Atención de urgencias

La atención de urgencia originariamente se trataba como parte de la atención primaria, y de la atención especializada (Anexo I, RDOPS). Actualmente tiene consideración independiente, y considerando como tal la que se proporciona a los pacientes que precisan atención sanitaria inmediata. Se presta tanto "*en los hospitales durante las 24 horas del día, a pacientes en situación clínica aguda",* así como fuera de ellos, incluyéndose aquí la atención médica o de enfermería en el domicilio del paciente y la atención in situ, en caso especiales.

La atención de urgencia se entiende como una "atención integral y continua que se presta por atención primaria y especializada, y por los servicios específicamente dedicados a la atención urgente". El modelo de organización será responsabilidad de las administraciones sanitarias que corresponda, y existirán mecanismos de coordinación entre los diferentes intervinientes, además de

la coordinación con otros servicios (Protección Civil, extinción de incendios…), para situaciones especiales como sucede en la atención a planes de catástrofes.

Los servicios que incluye son: atención telefónica mediante los centros coordinadores de urgencias sanitarias; evaluación inicial e inmediata de los pacientes para priorizar actuaciones; realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos médico-quirúrgicos; monitorización, observación y reevaluación de pacientes; transporte sanitario de urgencia según la situación; información y asesoramiento al paciente sobre la atención prestada; una vez atendidos derivación al nivel asistencial más adecuado, o incluso internamiento hospitalario, o alta si procede; comunicación a las autoridades de las situaciones que lo requieran (especialmente en casos de violencia de género, malos tratos a sujetos vulnerables).

2. La cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud

Incluye las prestaciones cuya previsión re realiza mediante dispensación ambulatoria y está sujeta a aportación económica por parte del usuario, y que comprenden:

2.1. Prestación farmacéutica

La prestación farmacéutica se caracteriza por contar con una regulación propia. En concreto, su norma de referencia es la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, además de diversas disposiciones aplicables al tema.

Esta prestación incluye todos los medicamentos, productos sanitarios y las actuaciones precisas para la realizar la prescripción y dispensación adecuada a cada caso (el objetivo es que los pacientes reciban las dosis precisas, durante el tiempo preciso, y al menor coste posible).

El contenido concreto de la prestación farmacéutica, en caso de pacientes no hospitalizados (los pacientes hospitalizados reciben medicación dentro de las prestaciones correspondientes a la atención especializada), incluye: medicamentos con financiación aprobada por el SNS y autorizados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y acordes a las normas de la Unión Europea; efectos y accesorios con marcado CE, con financiació aprobada en el SNS; fórmulas magistrales aprobado en el Formulario Nacional; vacunas acorde a la prescripción facultativa según pacientes, de acuerdo con la normativa vigente.

Estos productos requieren participación económica de los usuarios, -en diferente medida según los casos[16]-, salvo ciertos colectivos vulnerables, que desde 1 de enero de 2021 (Presupuestos Generales del Estado de 2021), recuperaron la gratuidad, en concreto: pensionistas con rentas menores a 5.635 euros/año; beneficiarios de ingreso mínimo vital, perceptores de prestación por hijo o menor a cargo; parados que hayan perdido el derecho al subsidio; discapacitados según normativa específica; todos los discapacitados menores de 18 años con grado de 33% o más; personas beneficiarias de prestaciones no contributivas, y pensionistas que no tengan obligación de presentar declaración de la renta, y afectados del síndrome tóxico; también lo tienen reconocido enfermos con tratamientos derivados de accidentes de trabajo o enfermedad profesional; y los productos dispensados en centros o servicios asistenciales sanitarios.

Quedan excluidos de la cobertura de la cartera de productos farmacéuticos: productos cosméticos, dietéticos, aguas minerales; elixires, dentífricos; y productos similares; medicamentos calificados como publicitarios; medicamentos adscritos a grupos terapéuticos excluidos de la financiación por norma vigente; productos homeopáticos

[16] La participación económica ordinaria será del 40% del coste de venta al público, llegando al 60% si existen rentas superiores a los 100 mil euros; los mutualistas aportan el 30%, y aportación reducida al 10% sobre el precio de venta al público, sin poder exceder de cierta cantidad, en casos de enfermedad crónica o graves (según normativa), efectos y accesorios según grupos reglamentariamente establecidos; medicamentos que proporciona el SNS mediante receta a enfermos de SIDA.

2.2. Prestación ortoprotésica (implantes quirúrgicos, prótesis externas, ortesis, sillas de ruedas y ortoprótesis especiales)

Se define como la utilización de productos sanitarios, implantables o no, cuya finalidad es sustituir total o parcialmente una estructura corporal, o modifica , corregir o facilitar su función. Su objetivo es mejorar la calidad de vida y la autonomía del paciente afectado (Anexo VI RD 1030/06).

Se incluye en su contenido: los implantes quirúrgicos, prótesis externas, sillas de ruedas, ortesis y ortoprótesis especiales (existen catálogos y guías descriptivas para determinar los tipos de productos incluidos en la prestación). No se incluye en esta prestación los efectos y accesorios, ni artículos ortoprotésicos destinados al deporte, con finalidad estética, ni de los que se realice publicidad

Esta prestación se proporciona, previa prescripción médica, por los servicios de salud, o da lugar a ayudas económicas, según las normas reglamentarias que dictan las Administraciones sanitarias competentes, (con carácter general la aportación del usuario responde a un esquema parecido al de la prestación farmacéutica, tomando como referencia el precio de oferta del producto).

2.3. Prestación de productos dietéticos

Incluyen los tratamientos dietoterápicos (alimentos dietéticos destinados a uso médico especiales para enfermos con trastornos metabólicos congénitos), complejos y nutrición enteral domiciliaria (incluye alimentación alimentación por sonda; fórmulas enterales). Los responsables de la prescripción de estos productos recae, respectivamente, en los facultativos especialistas de unidades hospitalarias, autorizados para ese fin por los servicios de salud, y los facultativos especialistas adscritos a la unidad de nutrición de los hospitales o por los que determinen los servicios de salud de cada autonomía.

El SNS financiará estos productos dietéticos cuando se cumplan los requisitos de contar con indicación sanitaria (no social), las necesidades nutricionales no puedan cubrirse por alimentos de consumo ordinario; que la administración de estos productos mejoren la calidad de vida del paciente; los beneficios superen a los riesgos y, en todo caso, se valorará periódicamente el tratamiento. El copago o no, en estos casos también dependerá de la particular regulación de desarrollo que haya aprobado cada autonomía.

2.4. Prestación de transporte sanitario no urgente

Esta prestación cubre la necesidad de desplazamiento de enfermos o accidentados que no se encuentran en situación de urgencia o emergencia, pero que por causas clínicas están incapacitados para desplazarse por medios ordinarios, sea cual sea el medio utilizado a tal fin

Está sujeto a prescripción facultativa, por razones clínicas y con un nivel de aportación del usuario acorde al determinado para la prestación farmacéutica.

En esta prestación queda incluido el traslado de pacientes entre Comunidades Autónomas.

3. Cartera común de servicios accesorios del Sistema Nacional de Salud

Incluye todas aquellas actividades, servicios o técnicas, sin carácter de prestación, que no se consideran esenciales y/o que actúan de apoyo para la mejora de una patología crónica, "estando sujetas a aportación y/o reembolso por parte del usuario".

Al igual que las anteriores, es de aplicación a estas prestaciones lo previsto en el art.2.3 del RDL de 2012: "… *El porcentaje de aportación del usuario se regirá por las mismas normas que regulan la prestación farmacéutica, tomando como base de cálculo para ello el precio final del producto y sin que se aplique el mismo límite de cuantía a esta aportación.»*

Para concluir, se ha de recordar que cada Comunidad Autónoma cuenta con su propia cartera de servicios complementaria, que desarrolla las prestaciones de la cartera común, y las que

haya decidido ampliar, cumpliendo los requisitos establecidos en la norma, que se comentaron en apartados anteriores.[17] Mención especial requiere también la cartera de servicios de las mutualidades de funcionarios, (Disposición Adicional 4ª LSNS, y DA única del RD 1030/2006).

5. REFERENCIA AL PROYECTO DE LEY DE MEDIDAS PARA LA EQUIDAD, UNIVERSALIDAD Y COHESIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: UNA NUEVA REFORMA PARA EL FUTURO PRÓXIMO

Para cerrar este artículo, es imprescindible hacer referencia a que actualmente nos encontramos en un momento de tránsito en la regulación de la estructura de la cartera de servicios sanitarios. El 9 de noviembre de 2021 se aprobó, en Consejo de Ministros, el Anteproyecto de la Ley de Medidas para la Equidad, Universalidad y Cohesión del Sistema Nacional de Salud, que tiene entre sus objetivos principales unificar criterios y mejorar la gestión de los servicios sanitarios

En la fecha del momento en que se escriben estas líneas, el ya proyecto ley para consolidar la Equidad, Universalidad y Cohesión del Sistema Nacional de Salud, aprobado en Consejo de Ministros el pasado 14 de junio, continua su tramitación parlamentaria, una vez sometidas a votación en el Congreso de los Diputados y habiéndose rechazado por amplia mayoría, todas las enmiendas a la totalidad presentadas en contra.

Según palabras del propio ejecutivo: Esta nueva regulación supondrá la reforma de varias normas sanitarias, con medidas renovadoras y de ampliación de las capacidades del Sistema Sanitario de Salud, entre las que destaca la "*gestión directa pública de los servicios sanitarios y sociosanitarios como fórmula preferente en el SNS y recuperar la cartera común de servicios única, ahora dividida en cartera común básica de servicios asistenciales, suplementaria y de servicios accesorios. Asimismo, garantías para que no puedan introducirse nuevos copagos sanitarios." Actualmente la cartera suplementaria incluye como prestaciones sujetas a copago las farmacéuticas, ortoprotésicas, dietoterápicas y el transporte sanitario no urgente." (https://www.sanidad.gob.es/va/gabinetePrensa/reformaSanidad/claves.htm).*

Efectivamente, una reivindicación clásica del socio de gobierno Podemos, era revertir la reforma realizada en 2012, y volver a la universalidad del SNS y la cartera común de servicios financiada en su totalidad con fondos públicos, (eliminando así la vía abierta a los copagos sanitarios). Esta reforma conllevará la modificación del artículo 8 de la Ley de Cohesión, e incorporará a la cartera común todos los servicios actualmente divididos en tres modalidades, (de las cuales solo una garantiza la gratuidad), se trata por tanto de un progresivo retorno a la minimización de los copagos. En concreto quedan eliminadas las prestaciones ortoprotésicas para los mismos colectivos a los que ya se liberó el copago farmacéutico (pensionistas con rentas bajas, menores con discapacidad reconocida, perceptores del Ingreso Mínimo Vital y perceptores de prestación por hijos a cargo). Otra novedad es el impulso a las políticas de salud pública. Se especifica que en la cartera común "quedarán también incluidas las prestaciones de salud pública".

Por otro lado se reconoce la extensión de la asistencia sanitaria a personas ascendientes reagrupadas por el titular del derecho en el SNS o los españoles de origen y sus familias residentes en el exterior, durante sus desplazamientos temporales. También se aprueba la protección a la salud de las personas no registradas, ni autorizadas y el reconocimiento a las personas víctimas de trata o explotación sexual y los solicitantes de protección internacional o temporal.

Para concluir, ha de hacerse constar que, entre las novedades más importantes que se introducen en este proyecto de ley, destaca la inclusión de una Disposición Derogatoria que afecta

[17] A modo de ejemplo, el Servicio de Salud de Euskadi incluye en su cartera complementaria el cribado neonatal ampliado a algunas enfermedades congénitas específicas (metabolopatías); la reproducción asistida y el diagnóstico genético preimplantacional; la cirugía de reasignación genital (cambio de sexo): la ortodoncia para personas con fisura palatina y la neuropsicología para el daño cerebral adquirido

a la Ley 15/1997, sobre habilitación de nuevas fórmulas de gestión del SNS, que propiciará cierta desprivatización de la sanidad pública. La participación privada en la gestión de la sanidad pública será la excepción, debiendo "contar con una memoria que justifique desde el punto de vista sanitario social y económico la necesidad de acudir" a esta forma de gestión. Esta medida es tachada por los detractores de la norma como una reforma ideológica, (¿hay algo en esta vida no afectado por la ideología? …), la cuestión será cómo se lleve a efecto en ámbitos sanitarios donde la privatización ya está muy avanzada.

A modo de conclusión final, se puede afirmar que, sin perjuicio de las mejoras en términos de gratuidad, gestión pública y universalidad que parecen se afrontarán por la nueva reforma legal, en términos formales el nivel de cobertura que ofrece el SNS español es más que satisfactorio. Esto es así si observamos las reglas básicas que informan la Cartera Común se Servicios, de acuerdo con el contenido del RD 1030/2006, donde se articulan servicios básicos y comunes para garantía de una atención sanitaria "adecuada, integral y continuada al usuario", donde se accede a dichas prestaciones en condiciones de igualdad (art. 2), de forma que si no existe una técnica o medio de los considerados básicos en el ámbito geográfico de residencia se establecen mecanismos para remitir a los usuarios a centros o servicios donde se les pueda facilitar (aun siendo en regiones diferentes a las de estos enfermos), donde observamos que contamos con una extensa Cartera Común Básica de servicios asistenciales gratuitos, que ha sido calificada por la Organización Mundial de la Salud como una de las más completas del mundo (a salvo de algunas carencias importantes como la atención bucodental). Sin embargo existe un problema de financiación y ejecución de esos servicios públicos sanitarios y por tanto de la ejecución de la Cartera de Servicios que en la práctica condicionan y diezman el alcance de la asistencia pública que se presta. El ejemplo directo de este problema se observa en la gran crisis de la atención primaria. En definitiva la cuestión no reside tanto en la configuración del Sistema sino en su ejecución (dotación de medios económicos, personales, técnicos ratios…), que son los que determinarán la verdadera apuesta por la conservación de un sistema público sanitario de calidad.

BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA

Ballester Añón, R., Rodríguez Ocaña, E. "El informe del consultor de la Organización Mundial de la Salud Fraser Brokington de 1967, en el contexto del reformismo sanitario franquista". *Revista de Medicina del Trabajo, Psicología Industrial y Seguridad Social en Latinoamérica*. Volumen 39, núm. 2. 2019.

Cabo Muiños, J. *Capítulo 2.- Sistema Sanitario Español: antecedentes históricos.* Gestión sanitaria integral: pública y privada. Cabo Salvador, J. (Dir.). AA.VV. Centro de Estudios Financieros, Madrid, 2010.

Faus Santasusana, J., Vida Fernández, J., (dirs.), (AAVV*)."El derecho farmacéutico y de los medicamentos: concepto, características esenciales y principio"*). Tratado de Derecho Farmacéutico. Aranzadi. Pamplona, 2017.

Freire Campo, J.M. Público y Privado en el nuevo papel del Estado. Vida Fernández, J. (dir.) AAVV. "Público y privado en la Sanidad". *Revista Tiempo de Paz*. Número 142. 2021.

González Murillo, P. *Franquismo social y Ministerio de Trabajo (1939/1957*). Sociología del Trabajo. Ediciones Complutense. 2021. https://dx.doi.org/10.5209/stra.79035

Jiménez Palacios, A.. "El Sistema Nacional de Salud 20 años después". *Revista de Administración Sanitaria*. Siglo XXI. Volumen 4, número 2. (páginas 311 a 322). Abril 2006.

Monserrat Codorniú, J., Rodríguez Cabrero, G. *Modelos de atención socio-sanitaria. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales*. Artegraf, Madrid, 2002.

Ruiz Ginar, C. "Historia de la Sanidad Pública española". *Revista Portales Medicos.com. Apartado de Gestión Sanitaria. Historia de la Medicina y la Enfermería*. ISSN 1886-8924. Número de 23 noviembre de 2013.

Serrallonga Urdiqui, J. "Reformadores y reaccionarios en la estructura central de la Sanidad en España (191/1936)". *Investigaciones Históricas*, 29. Universidad de Valladolid. 2009.

Vida Fernández, J. *Las prestaciones del Sistema Nacional de Salud: carteras de servicios y prestaciones farmacéuticas.* Págs. 37-110. La reforma del Sistema Nacional de Salud: cohesión, calidad y estatutos profesionales. Parejo Alfonso, L., Palomar Olmeda, A., Vaquer Caballeíra, M. (dirs). AA.VV. J. Marcial Pons. Madrid. 2004

INSTITUTO NACIONAL DE GESTION SANITARIA. Orígenes del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: http://www.ingesa.msc.es/organizacion/origenes/home.htm (diciembre 2021).

https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/home.htm (enero 2022).

nº Extraordinario 4
ISSN: 2386-7191 – ISSNe: 2387-0370

Particularidades y aspectos problemáticos de la cartera de servicios de la comunidad autónoma de andalucía[1]

Particularities and problematic aspects of the portfolio of services of the autonomous community of andalusia

Natalia Tomás Jiménez *Profesora Titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social*
Universidad de Granada

Resumen

El modelo constitucional prevé el traspaso de competencias en materia de sanidad a las Comunidades Autónomas, permitiéndose así un sistema descentralizado en el que Estado debe asumir una importante labor de coordinación y de fijación de estándares mínimos que garanticen el acceso a la sanidad pública de los ciudadanos en unas condiciones de igualdad. No obstante, la realidad es que a efectos prácticos sí se producen desigualdades territoriales, puestas más intensamente de manifiesto tras la crisis económica acontecida en torno a 2008-2014, y los recortes que cada una de las Comunidades Autónomas adoptaron en materia sanitaria. En el estudio que se presenta a continuación se realiza un análisis de la puesta en práctica de la cartera de servicios común que se realiza en Andalucía, subrayándose algunas de las diferencias más importantes como las listas de espera, los tratamientos de reproducción asistida. Asimismo, también profundiza este estudio en la configuración jurídica de las carteras complementarias de servicios (de origen autonómico) y cuál ha sido el principal contenido otorgado en Andalucía a la misma.

Palabras Clave

Sanidad; cartera común; carteras complementarias; Comunidad autónoma; medicamentos; prestaciones farmacéuticas; género

Abstract

The constitutional model provides for the transfer of health competences to the Autonomous Communities, This allows for a decentralized system in which the State must take on an important task of coordinating and setting minimum standards to guarantee equal access to public health. The reality is, however, that territorial inequalities do occur in practical terms, most acutely evident after the economic crisis that took place around 2008-2014, and the cuts that each of the Autonomous Communities adopted in the area of health. In the study presented below, an analysis is made of the implementation of the common services portfolio carried out in Andalusia, highlighting some of the most important differences such as waiting lists and assisted reproduction treatments. It also deepens this study on the legal configuration of the complementary portfolios of services (of autonomic origin) and what has been the main content granted in Andalusia to it.

Keywords

Health; common portfolio; complementary portfolios; Autonomous Community; medicines; pharmaceutical benefits; gende

1. PREÁMBULO

El modelo constitucional prevé el traspaso de competencias en materia de sanidad a las Comunidades Autónomas, permitiéndose así un sistema descentralizado en el que Estado debe asumir una importante labor de coordinación y de fijación de estándares mínimos que garanticen el acceso a la sanidad pública de los ciudadanos en unas condiciones de igualdad. No obstante, la realidad es que a efectos prácticos sí se producen desigualdades territoriales, puestas más intensamente de manifiesto tras la crisis económica acontecida en torno a 2008-2014, y los recortes que cada una de las Comunidades Autónomas adoptaron en materia sanitaria. Con carácter general se produjo una merma considerable 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 buena parte de las

[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

CCAA. Estos problemas se han agudizado durante la pandemia, originándose entre otros efectos, la no atención de la mayoría de los enfermos con patologías distintas al Covid-19.

Si bien en los últimos años se había prometido un aumento de los fondos destinados a la sanidad pública, en el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia aprobado por el Gobierno, la Sanidad Pública tenía una consideración menor ya que solo se le destinaban el 1,54% de los fondos previstos[2]. Por otro lado, la mayoría de las CCAA han aumentado la partida presupuestaria destinada al gasto sanitario, pero resulta llamativo, por ejemplo, que la Junta de Andalucía haya incrementado el presupuesto que destina a externalizar parte de la sanidad pública en la privada en un 43%. De este modo, se logra una disminución de las listas de espera quirúrgicas, al ser derivadas a la sanidad privada, pero sin embargo se han aumentado las listas de espera para consultas externas, produciéndose un deterioro de la sanidad pública con la externalización de servicios[3].

En el estudio que se presenta a continuación se realiza un análisis de la puesta en práctica de la cartera de servicios común que se realiza en Andalucía, subrayándose algunas de las diferencias más importantes como las ya indicadas listas de espera, pero también se observan otros indicadores y las interpretaciones que se realizan de aspectos que de forma interesada se consideran confusos por algunas Comunidades Autónomas, como son los tratamientos de reproducción asistida, restringiendo Andalucía el acceso a esta prestación a través de diferentes vías como la minoración del número de intentos permitidos, la exigencia de unos requisitos no establecidos en la norma estatal (recuento de folículos, hormona antimülleriana, la consideración de un Índice de Masa Corporal (IMC) no adecuado, etc.). Asimismo, también profundiza este estudio en la configuración jurídica de las carteras complementarias de servicios (de origen autonómico) y cuál ha sido el principal contenido otorgado en Andalucía a la misma.

2. SANIDAD Y POBLACIÓN ANDALUZA: UNA VISIÓN ESTADÍSTICA

Antes de abordar el estudio técnico-jurídico de la Cartera de Servicios de la Comunidad Autónoma de Andalucía es conveniente realizar algunas consideraciones previas de cómo es la población andaluza desde la perspectiva de la salud. Las previsiones del INE a 1 de enero de 2013, cifraban la población andaluza en 8.394.209 habitantes, siendo Andalucía la Comunidad Autónoma que más había crecido desde el 2010[4]. Con algunos altibajos, se mantiene un crecimiento más sostenido hasta julio de 2018, componiendo la población andaluza un total de 8.406.223 habitantes, y arrancando una tendencia de crecimiento más agudizada a partir de ese momento, que es lógicamente frenada por el Covid-19, determinándose de forma provisional por el INE la población andaluza en julio de 2021 en 8.500.808 habitantes, apreciando un ligero decrecimiento poblacional ya que en enero constaban 8.502.217 habitantes (-0.2%)[5]. Por tanto, se observa que la pandemia ha ralentizado ese ritmo de crecimiento ascendente hasta haberlo invertido en los últimos meses si bien es muy probable que vuelva a dispararse en los próximos años. En cuanto a las provincias andaluzas, Córdoba y Jaén son las provincias que han visto mermadas su población en los últimos años, mientras que el

[2] Así se denuncia en la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública*: Los Servicios Sanitarios de las CCAA, 2022*. Disponible en: https://fadsp.es/wp-content/uploads/2022/05/InformeCCAA22.pdf, p. 2.

[3] Así se denuncia en CCOO: *Informe CCOO Listas de Espera 2021.* Disponible en: https://sanidad.ccoo.es/037dfb76e11046b743b4715991724bb3000057.pdf, p. 5, concluyendo que se está produciendo un "intento decidido del gobierno de la Junta de Andalucía de maquillar las cifras globales de la lista de espera quirúrgicas, apoyándose primero en un infradiagnóstico de patologías y segundo en la derivación hacia la sanidad privada de patologías sin plazos (patología menos compleja)". Esta externalización de servicios, para CCOO, "es una política inaceptable porque atenta directamente contra la sanidad pública andaluza, contra la equidad de los andaluces y andaluzas y solo se beneficia la sanidad privada, que no cesa de aumentar su margen empresarial a costa de los presupuestos públicos".

[4] Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales: *IV Plan Andaluz de Salud*, 2013, p. 9. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/IV_PAS_v9.pdf

[5] INE: *Cifras de Población (CP) a 1 de julio de 2021*. Notas de prensa, 16 de diciembre de 2021. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/cp_j2021_p.pdf

resto, con pequeñas variaciones especialmente en los últimos años y explicadas seguramente por la pandemia, han mantenido un crecimiento muy suave. Concretamente, según datos de julio de 2021 Jaén tiene 623.981 habitantes y en 2013 ascendía a 661.716 habitantes. Córdoba cuenta con 779.009 habitantes en julio de 2021 mientras que en 2013 tenía 800.414 habitantes.

Sin duda, a pesar de los efectos de la pandemia, el crecimiento de la población andaluza se explica por ser una Comunidad Autónoma especialmente receptora de migraciones exteriores e interiores procedentes de otras CCAA. En este sentido, durante el primer semestre de 2021, Andalucía fue la tercera Comunidad Autónoma que más población migrante recibió del exterior (4.815 personas) y la segunda en cuanto a migraciones interiores (4.071 personas). Si bien la población extranjera suele presentar una mejor salud que la población española, principalmente por tener una menor edad este colectivo, es preciso estar atentos a un posible impacto en el sistema de salud cuando esta población vaya también envejeciendo, siendo necesario reforzar la atención primaria. Se ha considerado al sistema sanitario como un posible dispositivo de integración social que contribuya a reducir las desigualdades sociales en salud mediante la garantía de accesos y la prestación de una atención sanitaria de calidad a las poblaciones inmigrantes.

Otro aspecto muy importante a tener en cuenta desde el punto de vista de la sanidad es la esperanza de vida de esta población. Si bien Andalucía presenta una elevada esperanza de vida, es de las más bajas en comparación con resto de las CCAA, habiendo descendido en 2021 a 81,54 años, rompiéndose, de igual modo que el resto de las CCAA por la pandemia, esa clara tendencia ascendente característica de las últimas décadas. En cuanto a las provincias andaluzas, destacan Málaga y Córdoba que superan los 82 años, mientras que el resto se sitúan en torno a los 81 años. Los índices de envejecimiento más elevados suelen coincidir con las zonas de mayor índice de ruralidad, afectando más intensamente la dependencia a las poblaciones pequeñas y con un perfil eminentemente femenino.

Estos datos son importantes ya que una población en crecimiento y envejecida (se ha hablado del "envejecimiento del envejecimiento"), supone un mayor gasto sanitario que la Comunidad Autónoma de Andalucía debe afrontar, determinando ello las decisiones que se adopten al respecto. Téngase en cuenta que, como señala el IV Plan Andaluz de Salud, tomando como referencia a la OMS, el nivel de salud varía de unas poblaciones a otras y estas situaciones de injusticia y desigualdad en la distribución del nivel de salud nunca se deben a circunstancias individuales, sino que surgen como resultado de las decisiones y prioridades políticas y económicas que se tomen en un momento histórico dado, requiriéndose para subsanarlo una perspectiva que asuma como eje vertebrador la Salud en todas las Políticas, es decir, la alianza entre todas las políticas de un mismo gobierno para lograr mejorar los determinantes estructurales de la salud, promoviendo el desarrollo armónico de todas las personas y grupos en la sociedad[6]. No obstante, es importante puntualizar que España es de los países de la Unión Europea que tienen una esperanza de vida en buena salud más elevada[7], concretada en el año 2019 en 69.4 años para los hombres y 70.4 años para las mujeres, siendo la media en la UE de 64.2 y 65.1 respectivamente[8]. En ese sentido, y aunque no hay datos recientes, Andalucía ha venido siendo una de las Comunidades Autónomas con mayor incremento de la Esperanza de Vida Libre de Incapacidades y de Esperanza de vida en Buena Salud. Cuanto mayor sea el número de años ganados en buena salud, menor será la necesidad de recursos sanitarios y sociales vinculados a

[6] Véase, Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales: *IV Plan Andaluz…, op. cit.*, pp. 5 y ss.

[7] El indicador de la esperanza de vida en buena salud se define como el promedio de número de años esperados que vive una persona disfrutando de buena salud (en ausencia de limitaciones funcionales o de discapacidad). Este indicador combina información de mortalidad y de morbilidad. La esperanza de vida en buena salud forma parte del Pilar Europeo de Derechos Sociales publicados por Eurostat.

[8] Puede consultarse en, INE: *3.1.2. Esperanza de vida en buena salud,* 2021. Disponible en: https://www.ine.es/uc/CvIo2JtY

los cuidados de larga duración, y mucho mayor la calidad de vida de la población mayor en nuestra comunidad autónoma.

Respecto a cómo perciben su salud, un 8.2% de la población andaluza en 2020 percibió su estado como malo o muy malo, situándose en la tercera comunidad autónoma con resultados más negativos en este indicador, siendo la media española un 6.6%. No obstante, un 70.6% de la población andaluza percibió su salud como buena o muy buena[9]. Por otro lado, Andalucía ocupa la cuarta posición en la tabla de personas con enfermedades o problemas de salud de larga duración, con un 40.5% (año 2020)[10]. En cuanto a las personas con limitaciones en la actividad diaria en los últimos 6 meses, el 6.6% de la población andaluza presenta una limitación grave y un 18.4% limitada pero no grave, siendo resaltable que ocupa en ambos casos los primeros puestos del ranking en comparación con otras Comunidades Autónomas. Estos últimos datos apuntan a que la salud de la población andaluza debería mejorar en comparación con otros territorios nacionales.

Entre las características de la población andaluza se observa un menor sedentarismo, pero mayor presencia de sobrepeso y obesidad, en comparación con otras CCAA. Las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, del sistema circulatorio, tumores, trastornos mentales y del comportamiento, enfermedades del sistema nervioso y accidentes, son los problemas de salud que generan el mayor volumen de la atención sanitaria y sociosanitaria en Andalucía, por lo que resulta evidente que es necesaria una óptima planificación de servicios y recursos que garantice la equidad para el conjunto del territorio de Andalucía en el acceso a prestaciones preventivas, de cribados, rehabilitadoras, de procesos asistenciales, cuidados paliativos y a personas cuidadoras de las personas con discapacidad, contemplados en distintos Planes Integrales (Oncológico, Cardiopatías, Diabetes, Tabaquismo, Obesidad, Salud Mental, Accidentalidad, etc.)[11].

Por otro lado, en los últimos años se tiende a una transformación en la actividad del hospital, procurándose una reducción de los ingresos, estancias y actividad quirúrgica ligada al recurso cama y su reorientación en la atención a personas en estado agudo; combinándose con un incremento de la hospitalización de día y cirugía sin ingresos[12]. Si bien no se han detectado patrones de desigualdad en el uso de servicios de hospitalización, urgencias, consumo de medicamentos, sí se observa un mayor acceso a servicios preventivos, como salud bucodental, revisiones ginecológicas o pruebas de cribado del cáncer entre las personas con nivel educativo más alto y menor dificultad económica. Igualmente, los servicios, como la consulta médica de Atención Primaria, son más usados por las personas de menor nivel educativo. Por tanto, el sistema sanitario público resulta potencialmente esencial para corregir desigualdades en el acceso a los servicios, lo que contrasta con la peligrosa derivación del gasto público sanitario andaluz hacia recursos privados.

3. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN UN ESTADO AUTONÓMICO

El Sistema Nacional de Salud es el modelo organizativo por el que ha optado el legislador en la Ley General de Sanidad para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud. Tal y como se ha configurado se basa en la Teoría de Sistemas, integrando múltiples redes sanitarias públicas. Se trata de un modelo descentralizado en los Servicios de Salud de las CCAA, estando sometido a tensiones institucionales y financieras. La opción organizativa generalizada en el SNS para la actividad prestacional son los órganos especializados no personificados que gestionan la asistencia sanitaria en régimen de desconcentración. A ello responden las Áreas de Gestión Sanitaria en Andalucía[13].

[9] INE: *Indicadores de Calidad de Vida. 3.1.3. Salud autopercibida* Disponible en: https://www.ine.es/uc/D93Bretx

[10] INE: *Indicadores de Calidad de Vida. 3.1.4. Morbilidad crónica. Personas con enfermedades o problemas de salud de larga duración.* Disponible: https://www.ine.es/uc/k1VoxZ8h

[11] Véase, Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales: *IV Plan Andaluz…, op. cit.*, p. 32.

[12] Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales: *IV Plan Andaluz…, op. cit.*, p. 34.

[13] Girela Molina, B.: "Reformas fallidas en la gestión de la asistencia sanitaria: ¿vuelta al origen?". En VV.AA., Moreno Vida, M. N. Díaz Aznarte (Dirs.): *La protección social de la salud en el marco del estado de bienestar: una*

La configuración de nuestro Estado autonómico debe respetar el principio de igualdad y el art 138. 2 CE establece claramente que "las diferencias entre los Estatutos de las distintas Comunidades Autónomas no podrán implicar, en ningún caso, privilegios económicos o sociales". Lo relevante en este sentido es si en el escenario práctico hay una igualdad entre los ciudadanos en cada una de las CCAA, ya que pueden implantarse diferentes regímenes en la regulación y reconocimiento de derechos y libertades para los ciudadanos de esas CCAA, habiendo considerado el Tribunal Constitucional (STC 37/1987, de 27 de marzo) que "igualdad no es uniformidad", por lo que las CCAA no tienen que tener exactamente las mismas competencias ni el mismo modo de ejercerlas ya que precisamente autonomía es la capacidad de cada región o nacionalidad "para decidir cuándo y cómo ejercer sus propias competencias en el marco de la Constitución y el Estatuto"[14]. Según el TC, el principio de igualdad proclamado en la Constitución Española no implica la identidad de las situaciones jurídicas de todos los ciudadanos en cualquier zona del territorio nacional, sino lo que queda garantizada con el establecimiento de unas condiciones básicas que constituyen un mínimo común denominador a partir del cual cada Comunidad podrá desarrollar sus propias competencias, sin perjuicio de que el Estado ejerza su competencia de coordinación general (STC 32/1983, de 28 de abril). En esta línea, el art. 149. 1. 1ª CE atribuye al Estado la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales, añadiendo el TC que deben conjugarse la unidad y diversidad necesaria de cada Comunidad autónoma, junto con el principio de solidaridad establecido en los arts. 2 y 138 CE.

La CE atribuye competencias en materia de sanidad a las CCAA y los respectivos Estatutos de Autonomía así también lo han proclamado, por lo que éstas progresivamente han ido asumiendo competencias en esta materia, quedando la sanidad exterior, las bases y coordinación general de la sanidad interior y la legislación sobre productos farmacéuticos bajo la tutela exclusiva del Estado (arts. 148. 1. 21ª y 149.1. 16ª CE).

En lo referido a la Comunidad Autónoma de Andalucía, es preciso acudir a la Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía (en adelante, EAA), en cuyo art. 55 prevé expresamente que corresponde a la Comunidad Autónoma la competencia exclusiva sobre organización, funcionamiento interno, evaluación, inspección y control de centros, servicios y establecimientos sanitarios[15]. Corresponde a la Comunidad Autónoma de Andalucía la competencia compartida en materia de sanidad interior y, en particular, la ordenación, planificación, determinación, regulación y ejecución de los servicios y prestaciones sanitarias, sociosanitarias y de salud mental de carácter público en todos los niveles y para toda la población, la ordenación y la ejecución de las medidas destinadas a preservar, proteger y promover la salud pública en todos los ámbitos, incluyendo la salud laboral, la sanidad animal con efecto sobre la salud humana, la sanidad alimentaria, la sanidad ambiental y la vigilancia epidemiológica, el régimen estatutario y la formación del personal que presta servicios en el sistema sanitario público, así como la formación sanitaria especializada y la investigación científica en materia sanitaria

Por tanto, recae sobre la Comunidad Autónoma la competencia exclusiva de los aspectos organizativos de los servicios sanitarios, mientras que los aspectos prestacionales serían de competencia compartida, pudiendo, no obstante, intervenir el Estado en la ordenación de aspectos organizativos desde su competencia sobre bases y coordinación en materia de sanidad interior[16].

visión nacional y europea, Comares, Granada, 2019, pp. 157 y ss.

[14] Ruiz López, F.: "Principios estatutarios y competencias en salud en el Estatuto de Andalucía". En VV. AA., Pérez Gálvez, J. F. (Dir.): *Retos y propuestas para el Sistema de Salud*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2019, pp. 411 y ss.

[15] El EAA sigue la tendencia de incluir expresamente el reconocimiento de este derecho en su texto, "en la lógica de un propósito de constitucionalización territorial derivada". Véase más ampliamente, Rodríguez-Rico Roldán, V.: *El sistema multinivel de asistencia sanitaria: tensiones y desafíos en su articulación*, Comares, Granada, 2017, p. 98.

[16] Así lo advierte, Ruiz López, F.: "Principios estatutarios y competencias…", *op. cit.*, pp. 420-421.

Por otro lado, corresponde a Andalucía, en aras del artículo 149.1.16.ª CE y en exclusiva, la ordenación farmacéutica, y la ejecución de la legislación estatal en materia de productos farmacéuticos. Igualmente, le corresponde a la Comunidad Autónoma la investigación con fines terapéuticos, sin perjuicio de la coordinación general del Estado sobre esta materia. Asimismo, la Comunidad Autónoma participa en la planificación y la coordinación estatal en materia de sanidad y salud pública con arreglo a lo previsto en el Título IX.

En otro orden de ideas, aunque íntimamente relacionadas entre sí, es preciso aludir al art. 10. 3. 14º EAA que establece que la Comunidad Autónoma, en defensa del interés general, ejercerá sus poderes con el objetivo básico, entre otros, de "la cohesión social, mediante un eficaz sistema de bienestar público, con especial atención a los colectivos y zonas más desfavorecidos social y económicamente, para facilitar su integración plena en la sociedad andaluza, propiciando así la superación de la exclusión social".

El art. 22 EAA enumera una serie de derechos que ya estaban reconocidos en la normativa básica estatal y la legislación de desarrollo autonómica, pero son así ascendidos a la categoría de derechos estatutarios. Entre los derechos enumerados[17], han sido destacados por la doctrina por su carácter novedoso[18], el derecho al consejo genético y la medicina predictiva y el derecho a acceder a cuidados paliativos.

En cuanto a la financiación, es importante tener en cuenta que la descentralización de la gestión de los servicios sanitarios y el traspaso de servicios y funciones efectuada por la Administración del Estado en materia de sanidad a favor de las distintas CCAA se ha visto acompañada de una nueva forma de financi ción de la asistencia sanitaria, que abandonando la específica partida presupuestaria de la Seguridad Social se ha integrado en el sistema general de financiación autonómica junto al resto de las partidas presupuestarias[19].

4. EL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD Y SU CARTERA DE SERVICIOS

En el escenario de distribución de competencias expuesto, habiendo finalizado en el año 2002 el proceso transferencial de la asistencia sanitaria pública, conformándose el SNS de diecisiete sistemas autonómicos de salud, era necesario que apareciera la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que establece 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). Con esta norma se pretende, entre otros objetivos, que se alcance un mismo nivel de las prestaciones para todos los ciudadanos, independientemente del territorio autonómico en el

[17] El listado completo abarca los siguientes derechos: a) Acceder a todas las prestaciones del sistema. b) La libre elección de médico y de centro sanitario. c) La información sobre los servicios y prestaciones del sistema, así como de los derechos que les asisten. d) Ser adecuadamente informados sobre sus procesos de enfermedad y antes de emitir el consentimiento para ser sometidos a tratamiento médico. e) El respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad. f) El consejo genético y la medicina predictiva. g) La garantía de un tiempo máximo para el acceso a los servicios y tratamientos. h) Disponer de una segunda opinión facultativa sobre sus procesos. i) El acceso a cuidados paliativos. j) La confidencialidad de los datos relativos a su salud y sus características genéticas, así como el acceso a su historial clínico. k) Recibir asistencia geriátrica especializada.
Asimismo, el art. 22.3 EAA dispone que "las personas con enfermedad mental, las que padezcan enfermedades crónicas e invalidantes y las que pertenezcan a grupos específicos reconocidos sanitariamente como de riesgo, tendrán derecho a actuaciones y programas sanitarios especiales y preferentes".
Concluye el art. 22.4 EAA precisando que "con arreglo a la ley se establecerán los términos, condiciones y requisitos del ejercicio de los derechos previstos en los apartados anteriores".

[18] Ruiz López, F.: "Principios estatutarios y competencias…", *op. cit.*, p. 423.

[19] Palomar Olmeda, A.; Vázquez Garranzo, J.: *La protección de la salud: la necesidad de recomposición del sistema (Lecciones aprendidas durante la pandemia y propósito de enmienda),* Aranzadi, Navarra, 2021, p. 63.

que vivan o reciban la asistencia[20]. Tal y como señala la Exposición de Motivos de la Ley 16/2003, se pretende establecer acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, concretándose este objetivo de equidad en la línea de desarrollo del principio constitucional de igualdad, que garantice el acceso a las prestaciones y, de esta manera, el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio y posibilite la libre circulación de todos los ciudadanos. Repárese en que el reparto de competencias en torno a la determinación del contenido de las prestaciones sanitarias fue muy discutida, habiéndose planteado hasta el final la defensa de la competencia estatal exclusiva basada en el título competencia de Seguridad Social, imponiéndose finalmente la postura aprobada en la Ley 16/2003[21], con el beneplácito del Tribunal Constitucional, que en la STC núm. 98/2004, de 25 de mayo, ha confirmado el nuevo orden en la distribución de competencias entre el Estado y las CCAA sobre el Sistema Sanitario Público, al situarlo en el marco de la sanidad (art. 43 CE y art. 149.1.16ª CE) y no en el de la Seguridad Social (art. 41 CE y 149.1.17ª CE) y al interpretar que, desde esta nueva posición, las CCAA puede ejercer sus competencias de desarrollo en la configuración de las prestaciones sanitarias, cerrándose así definitivamente la cuestión del paso de las prestaciones de la Seguridad Social a prestaciones del SNS[22].

La cartera de servicios del sistema sanitario público ha sido aprobada mediante el mencionado Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, pretendiéndose garantizar la equidad y la accesibilidad a una adecuada atención sanitaria en el Sistema Nacional de Salud, recogiendo los principios establecidos en la Constitución Española. Los servicios contenidos en dicha cartera no tienen la consideración de mínimos, sino de básicos y comunes, es decir, los fundamentales y necesarios para llevar a cabo una atención sanitaria adecuada, integral y continuada a todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud[23].

Por tanto, tal y como establece la Ley 16/2003, las carteras de servicios autonómicas comprenderán, en general[24]:

- La cartera común de servicios del SNS en sus modalidades básica de servicios asistenciales, suplementaria y de servicios accesorios, debiendo garantizarse éstas a todos los usuarios del mismo (así lo prevé expresamente el art. 8. 1 quinquies Ley 16/2003). En este sentido, conviene indicar que[25]:
    a) La cartera común básica de servicios asistenciales, según el art. 8 bis Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud comprende todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, así como el transporte sanitario urgente, cubiertos de forma completa por financiación pública

[20] Palomar Olmeda, A.; Vázquez Garranzo, J.: *La protección de la salud…*, *op. cit.*, p. 84.

[21] Vida Fernández, J.: "Sostenibilidad del sistema sanitario crisis económica, prestaciones sanitarias y medidas de ahorro". *Derecho y Salud,* vol. 21, núm. 2, 2011, p. 21.

[22] En este sentido, Vida Fernández, J.: "Las carteras de servicios: concreción, racionalización y articulación del contenido de las prestaciones sanitarias". *Derecho y Salud*, vol. 13, núm. 1, 2005, p. 30.

[23] https://www.mscbs.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/CarteraDeServicios.htm

[24] Así las configura, por ejemplo, Díaz Aznarte, Mª.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 VV.AA., Moreno Vida, M. N. Díaz Aznarte (Dirs.): *La protección social de la salud en el marco del estado de bienestar: una visión nacional y europea*, Comares, Granada, 2019, p. 130.

[25] Para un estudio más profundo véase en esta misma obra el capítulo anterior elaborado por la Profesora Raquel Vida Fernández.

b) La cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud incluye todas aquellas prestaciones cuya provisión se realiza mediante dispensación ambulatoria y están sujetas a aportación del usuario, incluyéndose expresamente la prestación farmacéutica, la prestación ortoprotésica, la prestación con productos dietéticos, y el transporte sanitario no urgente, sujeto a prescripción facultativa, por razones clínicas y con un nivel de aportación del usuario acorde al determinado para la prestación farmacéutica (art. 8 ter Ley 16/2003).

c) La cartera común de servicios accesorios del Sistema Nacional de Salud incluye todas aquellas 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, estando sujetas a aportación y/o reembolso por parte del usuario (art. 8 quáter Ley 16/2003).

- La cartera de servicios complementaria de la comunidad autónoma, consistente en incorporar en sus carteras de servicios una técnica, tecnología o procedimiento no contemplado en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, para lo cual establecerán los recursos adicionales necesarios; debiendo destinar los recursos económicos necesarios para asegurar la financiación de la cartera común de servicios, siendo preceptiva, para la aprobación de la cartera de servicios complementaria de una Comunidad Autónoma, la garantía previa de suficiencia financi ra de la misma, en el marco del cumplimiento de los criterios de estabilidad presupuestaria (art. 8. 2 quinquies Ley 16/2003).

En consecuencia, las Comunidades Autónomas podrán elaborar sus propias carteras de servicios que, al menos, deberán incluir la común del Sistema Nacional de Salud, sin perjuicio de que los Servicios de Salud que no puedan ofrecer alguno de los servicios contemplados en la cartera común en su ámbito geográfico deban establecer los mecanismos necesarios para remitir al usuario que lo precise al centro donde le pueda ser facilitado, en coordinación con el Servicio de Salud que lo facilite.

En este sentido, corresponde al Servicio Andaluz de Salud velar por la efectiva implementación de la cartera común de servicios del SNS en sus modalidades básica de servicios asistenciales, suplementaria y de servicios accesorios en Andalucía, pudiendo impulsar también su propia cartera complementaria. Teniendo en cuenta este marco general, procede señalar que la cartera de servicios del Servicio Andaluz de Salud garantiza prestaciones comunes para la atención integral y en condiciones de equidad a los usuarios de nuestro sistema sanitario público; así, contiene programas, procedimientos, técnicas y tecnologías que suponen una mejora de la salud y están basadas en la mejor evidencia científica disponible. La cartera de servicios también incluye la oferta que es propia de la sanidad pública de Andalucía y la que se realiza al Sistema Nacional de Salud a través de los Centros, Servicio y Unidades de Referencia[26]. No obstante, pueden apreciarse que la descentralización del Estado y el traspaso de las competencias en materia de Sanidad ha favorecido que cada Comunidad Autónoma gestionara su propio sistema de salud, detectándose diferencias entre cada una de ellas, pudiendo hablarse de Comunidades Autónomas a distintas velocidades y con diferencias en la organización, tanto en lo referente a la cartera común de servicios como en la cartera complementaria, siendo en ambos casos fundamentalmente limitante el gasto sanitario asignado. Si bien la normativa generada a principios de este siglo referida a la materia sanitaria, como la Ley 16/2003 o el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, entre otras, pudieron ser consideradas en su momento como normas reformistas, quizás demasiado ambiciosas, en la actualidad se ha considerado que hubo una falta de implementación efectiva de las mismas. De haberse actuado diligentemente, se podrían haber solucionado algunos de los problemas de gestión presentes[27], teniendo en cuenta que la situación

[26] https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/cartera-de-servicios

[27] Palomar Olmeda, A.; Vázquez Garranzo, J.: *La protección de la salud…*,, *op. cit.*, p. 88.

que tenemos deriva de la reducción y mal financiación, pero también de problemas en las gestión y organización.

4.1. La Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud en Andalucía: luces y sombras de un modelo descentralizado

Ya antes del COVID-19 los estudios alertaban de un incremento en el gasto sanitario si se pretendía dar cobertura universal a todas las prestaciones sanitarias en condiciones de equidad. Entre las razones de ello están el aumento de la esperanza de vida con el consiguiente envejecimiento de la población, la cronificación de las enfermedades, el incremento de la innovación tecnológica y científica, una mayor información a la población, gastos necesarios para ajustar el ejercicio de la actividad sanitaria a la normativa vigente (por ejemplo, a la LO de Protección de Datos, etc.), la judicialización de la medicina, etc.[28]. Ciertamente, una parte importante del gasto sanitario de las CCAA viene condicionada por decisiones del gobierno central, lo que implica una limitación para ellas, pero, por otro lado, la sanidad supone, por su volumen de gasto, la primera de las funciones atribuidas a las Administraciones regionales en España. Este último aspecto ha supuesto que en la última década las propias CCAA hayan tratado de restringir el gasto sanitario, cada una de una manera diferente y afectando a distintos servicios. Las vías principales por las que han tratado de materializar esta reducción se han basado en las reducciones salariales, la caída de efectivos en las categorías profesionales inferiores, los recortes en los precios de los medicamentos y la práctica supresión de las inversiones. Andalucía, precisamente, ha sido una de las comunidades autónomas, que, por su elevado déficit, ha tenido que realizar ajustes más intensos en sus servicios sanitarios[29]. Téngase en cuenta que Andalucía se situaba en 2013 como la Comunidad Autónoma con menor gasto sanitario público por habitante y en el 2022 los números no son más alentadores, situando a Andalucía sólo por delante de Madrid, cifrado en 1388,86 el presupuesto sanitario per cápita por habitante[30]. Más allá del debate (necesario) de si esa financiación puede considerarse suficiente para cubrir de forma eficiente la cartera de servicios en un modelo de prestación sanitaria universal y gratuito, y sin duda, la cuestión de la financiación sanitaria debe ser planteada en el marco de un pacto social sobre el nivel de prestaciones sanitarias públicas que pueden ser financiadas atendiendo a la sostenibilidad global de las finanzas públicas[31]; desde una perspectiva práctica es posible apreciar diferencias territoriales en algunos aspectos de la cartera común de servicios del SNS como, por ejemplo, las listas de espera o la dotación de equipos especializados que obligan a repensar sobre el principio de igualdad. Si se observan las conclusiones del Informe *Los Servicios Sanitarios de las CCAA* (2022), Andalucía, con 70 puntos, está entre las Comunidades Autónomas que tienen unos servicios sanitarios deficientes, rozando la entrada en la categoría de los "peores servicios sanitarios". Concretamente, según la valoración global que atiende a diferentes elementos, en Andalucía se ha venido observando en los

[28] Así lo manifiesta Pérez Gálvez, J.F.: "El cierre de grandes corporaciones o franquicias en España: una crisis sanitaria que deja indefensos a los ciudadanos". En VV. AA., Pérez Gálvez, J.F. (Dir.): *Retos y propuestas para el Sistema de Salud*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2019, p. 37.

[29] Así se recoge en Navarro Espigares, J.L.: "La financiación sanitaria en Andalucía". En VV. AA., Pérez Monguió, J. Mª., Fernández Ramos. S. (Coords.): *El derecho de salud pública y políticas sociales e igualdad de Andalucía*, Junta de Andalucía, Instituto Andaluz de Administración Pública, 2016, pp. 305 y ss. Indica este autor que Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Cataluña o Andalucía han practicado las reducciones más importantes; en el lado opuesto, País Vasco, Madrid, Castilla y León o Galicia, con ajustes más suaves.

[30] Así se refleja en Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública*: Los Servicios Sanitarios.., op. cit.,* 2022, p. 11.
Asimismo, téngase en cuenta que según los datos de 2020 era la Comunidad con menos gasto sanitario público por habitante, recogiéndose una cuantía 1.398 euros por habitante. Véase Ministerio de Sanidad: *Estadística de Gasto Sanitario Público*, 2020, p. 9.

[31] En este sentido, Navarro Espigares, J.L.: "La financiación sanitaria en…", *op. cit.*, p. 327 y ss., planteándose si esto es sostenible o insostenible.

últimos años un claro declive en comparación con el resto de las CCAA, y si bien en el año 2022 ha remontado dos posiciones, se encuentra en la posición cuarta empezando por la cola[32].

Como datos más resaltables pueden citarse, entre otros, que Andalucía tenga, en comparación con otras CCAA:

- el menor número de camas por mil habitantes (2,33); 1,75 si se observan las pertenecientes al SNS, también en último lugar de la lista.
- 0,09 quirófanos por mil habitantes, situada en el tercer cuartil de la lista.
- 31,95 equipos de tomografía axial computarizada (TAC) y resonancias magnéticas (RM) por millón de habitantes, ocupando así la décima posición en comparación con otras CCAA.
- 1,51 médicos de atención especializada por cada mil habitantes, en la última posición de la lista.
- 128 días de promedio de espera en lista de espera quirúrgica, lo que la sitúa en la mitad del ranking prácticamente cercana a la media nacional fijada en 123 días; y 105 días de promedio de espera en lista de espera de consultas especialista, relegándola en este caso a la cuarta posición por la cola y lejos de los 89 días de media nacional de demora[33]. No obstante, es destacable que la espera para una intervención quirúrgica en Andalucía ha bajado un 20% con respecto a junio de 2020, recuperándose así la situación previa a la pandemia y asemejándose a las cifras de 2019 ya que el Covid-19 supuso un colapso en las listas de espera[34].

Estos datos reflejan que de facto se producen diferencias territoriales entre las CCAA en la prestación de los servicios incluidos en la cartera común del SNS, a pesar de la predicada igualdad constitucional y legal. Valga como ejemplo que en el País Vasco la demora en la lista de espera de consultas para especialista es de 34 días, mientras que en Andalucía es de 105 días.

Asimismo, desde esta perspectiva, también es posible constatar diferencias territoriales en el interior de una misma Comunidad Autónoma, observándose oscilaciones importantes en los tiempos de demora en las listas de espera entre provincias.

Demora en listas de espera por provincia. Andalucía. Diciembre 2021

Provincia	Demora media (días) en listas de espera quirúrgicas	Demora media (días) en listas de espera de consultas externas
Almería	188	89
Cádiz	108	107
Córdoba	108	56
Granada	172	123
Huelva	109	111
Jaén	159	153
Málaga	124	104
Sevilla	120	81
Andalucía	134	105

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos disponibles en el Servicio Andaluz de Salud[35]

[32] Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública: *Los Servicios Sanitarios…, op. cit.,* 2022. Disponible en: https://fadsp.es/wp-content/uploads/2022/05/InformeCCAA22.pdf, p. 7 y ss.

[33] Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del SNS - S.G. Información Sanitaria: *Sistema de Información de listas de espera del SNS (SISLE-SNS). Situación a 31 de diciembre de 2021,* Ministerio de Sanidad.

[34] Diario de Sevilla: *La espera para una intervención quirúrgica en Andalucía baja un 20% con respecto a junio de 2020*. 16 noviembre 2021. Disponible en: https://www.diariodesevilla.es/andalucia/listas-espera-operacion-andalucia_0_1629738576.html

[35] Pueden consultarse estos datos en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/ciudadania/derechos-y-garantias/tiempos-de-respuesta-asistencial-listas-de-espera

Puede señalarse, muy significativamente, los 56 días de la provincia de Córdoba en las listas de espera de consultas externas y los 153 días de Jaén, siendo precisamente en Córdoba la única provincia que en líneas generales, y en extremis, podría estar respetándose lo dispuesto en el Decreto 96/2004, de 9 de marzo, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta en procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, que establece en su art. 4 para las primeras consultas de asistencia especializada un plazo máximo de garantía de 60 días y en los procedimientos diagnósticos, 30 días.

Asimismo, también resulta muy llamativa las diferencia entre los 188 días cuantificados en la provincia de Almería para las listas de espera quirúrgicas y los 108 días de Cádiz o Córdoba, debiendo tenerse en cuenta que el Decreto 209/2001, de 18 de septiembre, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, en su art. 3, reconoce el derecho a la atención en un tiempo máximo de 180 días para un total de 700 técnicas quirúrgicas, un plazo que se ha reducido a 120 días por la Orden de 20 de diciembre de 2006, para los 11 procesos asistenciales más comunes, que incluyen 71 técnicas, y a 90 días para determinados procedimientos quirúrgicos relacionados con la cirugía cardíaca por la Orden de 2 de junio de 2016. Por tanto, atendiendo a ese régimen jurídico de garantías, se presumen que difícilmente se está cumpliendo en todas y cada una de las provincias que conforman la Comunidad Autónoma dichos plazos.

Por otro lado, debe tenerse en cuenta que si se superan los tiempos máximos de espera previstos por la norma, se puede acudir a la vía privada, si bien el Tribunal Supremo se ha mostrado restrictivo en este ámbito (STS 4 abril 2007), no bastando la simple existencia de listas de espera y el retraso en la prestación de la asistencia sanitaria, debiendo concurrir también un elemento esencial en estos casos como es la urgencia vital (STSJ Madrid 24 octubre 2006), observándose que la evolución de la enfermedad puede variar significativamente mientras se alarga el período de espera para el acceso a los servicios sanitarios[36]. La mayoría de las CCAA han articulado regulaciones específicas que permiten a los pacientes recurrir a medios ajenos al SNS una vez transcurrido el plazo máximo sin que se haya producido la correspondiente actuación. Concretamente, en Andalucía se prevé que, en el supuesto de incumplimiento de plazo máximo de respuesta quirúrgica, el Servicio Andaluz de Salud estará obligado al pago de los gastos derivados de la intervención en los términos fijados en el Decreto 209/2001, de 18 de septiembre, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, pudiendo el paciente requerir el tratamiento en un centro sanitario privado (art. 11 Decreto 209/2001). Asimismo, la Orden de 18 de marzo de 2005 por la que se establecen normas para la aplicación de la garantía de plazo de respuesta en procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos y sobre el funcionamiento de los Registros de Procesos Asistenciales, de Demanda de Primeras Consultas de Asistencia Especializada y de Demanda de Procedimientos Diagnósticos del Sistema Sanitario Público de Andalucía, prevé que si se superan los plazos establecidos normativamente se pueda recurrir a la atención en un centro privado sin que ello le suponga coste alguno al paciente[37]. No obstante, debe advertirse que el recurso automático a las entidades privadas una vez superados sin más estos plazos entraña el efecto colateral de que se destinen recursos públicos a la gestión de las listas de espera a la sanidad privada, originándose así una peligrosa vía de escape de la sanidad pública que debe ser restringida a través de la dotación correspondiente, en tiempo y forma, de medios (personales, técnicos, etc.) a la sanidad pública.

[36] Martínez Navarro, J.A.: "El derecho al acceso a la asistencia sanitaria: el reintegro de los gastos sanitarios". En VV. AA., Pérez Gálvez, J. F. (Dir.): *Retos y propuestas para el Sistema de Salud*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2019, pp. 370-371.

[37] Rodríguez-Rico Roldán, V.: *El régimen jurídico de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud tras las últimas reformas,* Laborum, Murcia, 2018, pp. 168 y ss.; Rodríguez-Rico Roldán, V.: *El derecho a la protección de la salud: las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social,* Universidad de Granada, Granada, 2015, p. 395.

En otro orden de ideas, también cabe la posibilidad de que una Comunidad Autónoma interprete de forma restrictiva la cartera común de servicios. Es el caso, por ejemplo, de los tratamientos de reproducción asistida, incluidos en la Cartera de servicios comunes de atención especializada (Anexo III, bloque 5.3.8 Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización), materia en la que se ha observado que muchas comunidades incumplen el mínimo establecido en la cartera básica común del Sistema Nacional de Salud. No todas las CCAA interpretan del mismo modo aspectos importantes como los límites de edad, el número de oportunidades para quedarse embarazada o, incluso, en el estado físico que debe tener la mujer para someterse a los tratamientos, originándose diferencias importantes según la Comunidad Autónoma en la que residas[38]:

- En cuanto a la edad: El RD 1030/2006, Anexo III apartado 5.3.8.2, requiere entre los criterios generales de acceso a tratamientos de RHA, que las mujeres sean mayores de 18 años y menores de 40 años y los hombres mayores de 18 años y menores de 55 años en el momento del "inicio del estudio del paciente". Ese límite de edad baja a 38 en el caso de inseminación con semen de pareja. Esos límites de edad cobran aun más importancia si se tiene en cuenta las extensas listas de espera que hay para acceder a esta prestación, que llegan en algunos casos hasta los tres años, lo que implica que en muchas ocasiones cuando llega tu turno te excluyan por la edad en algunas CCAA, al observarse interpretaciones muy restrictivas de lo que debe entenderse por ese "inicio del estudio del paciente". Por ejemplo, en Madrid y País Vasco si cumples 40 años entre ciclo y ciclo, interrumpen el tratamiento; y en el caso de Andalucía, también se hace una interpretación diferente a la norma al requerirse tener menos de 40 años al incluirse en la lista de espera (de 38 si es con esperma de pareja) para inseminación y para in vitro, menos de 40 años en el "momento de la indicación de tratamiento".
- Número de intentos: estableciendo la norma estatal un número diferente según el tratamiento (inseminación artificial con semen propio, con semen donado, fecundación in vitro, etc.), pero que en el caso Andalucía, los ciclos máximos son menos de lo que marca la cartera común, estableciéndose requisitos adicionales como el nivel de la hormona antimülleriana (AMH) para acceder al siguiente ciclo o el recuento de folículos que se observen en las ecografías[39].
- La condición física de la persona que se va a someter al tratamiento, exigiéndose por ejemplo en Andalucía, el no consumo de tóxicos en ambos miembros de la pareja o tener un IMC adecuado, considerado así en la mujer que va a recibir el tratamiento es mayor de 19 y menor de 30. Debe solicitarse una interconsulta a Endocrinología y Nutrición en caso de IMC no adecuado y valorarse el riesgo del tratamiento de RHA, y deben realizarse las indicaciones pertinentes para conseguir un peso saludable[40].

4.2. Las Comunidades Autónomas y sus carteras complementarias de servicios

4.2.1. La cartera complementaria de servicios: su régimen jurídico desde una perspectiva general

Como ya se ha indicado, el art. 8. 2 quinquies Ley 16/2003 prevé la posibilidad de que las Comunidades Autónomas creen su cartera de servicios complementaria, consistente en la incorporación en sus carteras de servicios de una técnica, tecnología o procedimiento no contemplado en la cartera

[38] Álvarez Del Vayo, M.; Belmonte, E.; Bernardo, Á.; Torrecillas, C.; Tuñas, O.; Gavilanes, M. Á.: *La odisea de acceder a la reproducción asistida pública según donde vivas*. Civio.es. 2021. Disponible en: https://civio.es/medicamentalia/2021/11/16/diferencias-en-reproduccion-asistida-por-comunidades-autonomas/

[39] Servicio Andaluz de Salud: *Guía de Reproducción Humana Asistida. Sistema Sanitario Público de Andalucía*. Junta de Andalucía, Sevilla, 2022. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2022/Guia%20RHA_S A_2022.pdf, p. 17 y ss.

[40] Servicio Andaluz de Salud: *Guía de Reproducción Humana Asistida…, op. cit.*, pp. 10 y ss.

común de servicios del Sistema Nacional de Salud, para lo cual establecerán los recursos adicionales necesarios. El art. 11.2 RD 1030/2006, de 15 de septiembre, precisa (en la misma línea que el art. 8. 4 quinquies Ley 16/2003) que, en todo caso, estos servicios complementarios, que deberán reunir los mismos requisitos establecidos en el artículo 5, no estarán incluidos en la financiación general de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Esa remisión al art. 5 RD 1030/2006, implica que en la definición de la cartera complementaria cada Comunidad Autónoma debe tener en cuenta "la seguridad, eficacia, eficienci , efectividad y utilidad terapéuticas de las técnicas, tecnologías y procedimientos, así como las ventajas y alternativas asistenciales, el cuidado de grupos menos protegidos o de riesgo y las necesidades sociales, y su impacto económico y organizativo" (art. 5.1 RD 1030/2006), atendiendo a los criterios y requisitos que este precepto prevé[41]. La fijación de estas exigencias o estándares básicos que deben respetar todas las Comunidades Autónomas para la determinación de sus carteras complementarias de servicios pueden contribuir a una mayor homogeneidad entre las mismas, frenándose así, al menos parcialmente, condicionantes políticos que pueden alterar sustancialmente el contenido de estas carteras complementarias[42]. No obstante, la realidad y el tiempo ha demostrado que en ocasiones han sido contaminadas por el oportunismo político, no habiendo sido suficiente lo previsto en el RD 1030/2006

Por otro lado, debe advertirse que la configuración normativa de la cartera común de servicios es muy amplia por lo que el margen de actuación con el que cuentan las Comunidades Autónomas para la delimitación de su cartera complementaria se ha visto reducido, adquiriendo aun más relevancia su carácter precisamente complementario ya que está llamada a mejorar o completar la cartera común[43]. Incluso se ha razonado sobre la incoherencia de crear catálogos autonómicos ya que el catálogo de prestaciones del SNS es "general, relativamente abstracto y prácticamente omnicompresivo", por lo que sería difícil encajar una nueva prestación[44], sino más bien alguna técnica, tecnología o procedimiento nuevo, que es precisamente a lo que alude el art. 8. 2 quinquies Ley 16/2003 al referirse a la cartera complementaria. No obstante, nada impide que finalmente se desarrolle como una nueva prestación si se atiende al procedimiento correspondiente establecido en la Ley 16/2003 y en el RD 1030/2006, refiriéndose expresamente estas normas al "establecimiento por parte de las comunidades autónomas de prestaciones sanitarias complementarias a las prestaciones comunes del Sistema

[41] En ese sentido, por ejemplo, el art. 5. 3 RD 1030/2006, contempla, entre otras cuestiones, que deberán cumplir todos los requisitos siguientes: a) Contribuir de forma eficaz a la prevención, al diagnóstico o al tratamiento de enfermedades, a la conservación o mejora de la esperanza de vida, al autovalimiento o a la eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento. b) Aportar una mejora, en términos de seguridad, eficacia, efectividad, eficiencia o utilidad demostrada, respecto a otras alternativas facilitadas actualmente. c) Cumplir las exigencias que establezca la legislación vigente en el caso de que incluyan la utilización de medicamentos, productos sanitarios u otros productos.

Igualmente, deberían excluirse, en virtud del art. 5.4 RD 1030/2006:

a) aquellas técnicas, tecnologías o procedimientos: 1.º Cuya contribución eficaz a la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o curación de las enfermedades, conservación o mejora de la esperanza de vida, autonomía y eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento no esté suficientemente probada. 2.º Que se encuentren en fase de investigación clínica, salvo los autorizados para uso compasivo. 3.º Que no guarden relación con enfermedad, accidente o malformación congénita. 4.º Que tengan como finalidad meras actividades de ocio, descanso, confort, deporte o mejora estética o cosmética, uso de aguas, balnearios o centros residenciales u otras similares.

b) La realización de reconocimientos y exámenes o pruebas biológicas voluntariamente solicitadas o realizadas por interés de terceros.

[42] En este sentido, Vida Fernández, J.: "Las carteras de servicios: concreción…", *op. cit.*, pp. 25-26, que ya advertía del carácter altamente político de la fijación del contenido de las prestaciones sanitarias a través de las carteras de servicios y reclamaba una norma que dotara de una cierta uniformidad al respecto. A ello debería haber contribuido el RD 1030/2006, pero no lo ha hecho con el éxito deseado.

[43] Véase, Rodríguez-Rico Roldán, V.: *El régimen jurídico de las prestaciones…, op. cit.*, pp. 239 y ss.; Rodríguez-Rico Roldán, V.: *El derecho a la protección de la salud…, op. cit.*, pp. 492 y ss.

[44] Vida Fernández, J.: "Las carteras de servicios: concreción…", *op. cit.*, p. 32, subrayando que no debe confundirse e incluirse en la categoría de prestación lo que en realidad es una técnica, tecnología o procedimiento.

Nacional de Salud". Concretamente, el procedimiento para incorporar una nueva técnica, tecnología o procedimiento en la cartera complementaria autonómica requiere, tal y como establece los arts. 8 quinquies Ley 16/2003 y 11 RD 1030/2006, que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud conozca, debata, y, en su caso, emita recomendaciones, sobre el establecimiento por parte de las comunidades autónomas de prestaciones sanitarias complementarias a las prestaciones comunes del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con lo establecido en el artículo 71.1.b) de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. De este modo, la Ley 16/2003 prevé que el Consejo Interterritorial del SNS actúe como órgano coordinador entre las CCAA y la Administración General del Estado, pretendiéndose con la intervención del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud reforzar la igualdad y equidad en el territorio nacional. No obstante, y si bien este órgano ha contribuido al fomento del consenso y a la difusión de experiencias y al aprendizaje mutuo entre niveles de gobierno[45], considerándose como el órgano básico de cohesión; ha resultado insuficiente en lo que a la cartera de servicios complementaria se refiere al ser su papel meramente consultivo y no vinculante, apreciándose una debilidad evidente en esta misión.

Por otro lado, las Comunidades Autónomas también deberán poner en conocimiento del Ministerio de Sanidad los servicios complementarios no contemplados en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud que hubieran sido incorporados a la cartera de servicios específicos de la comunidad autónoma, que se recogerán en el sistema de información contemplado en el art. 12 RD 1030/2006. Con este doble control, del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y del Ministerio de Sanidad, se trata de velar por la consecución de la equidad en el acceso a las prestaciones de cualquier usuario, con independencia de la Comunidad Autónoma en la que resida, garantizándose el funcionamiento cohesionado del sistema público sanitario[46].

Otro factor importante en la cartera complementaria de cualquier Comunidad Autónoma es el requisito de su financiación por la propia Comunidad, encajando así con lo establecido por el Tribunal Constitucional (STC núm. 98/2004, de 25 mayo), que argumenta que "la uniformidad mínima estatal que asegura un nivel mínimo homogéneo (nivel de suficiencia) de las prestaciones sanitarias, puede ser susceptible de mejora por parte de las CCAA, en virtud de su competencia sustantiva y de su autonomía financiera", pudiendo cada Comunidad Autónoma añadir lo que considere pertinente en el ejercicio de sus competencias, pero subrayándose el respecto al mínimo común denominador marcado por el Estado (STC núm. 22/2012, de 16 de febrero). Deberá la Comunidad Autónoma asumir con cargo a su propio presupuesto la dispensación de esa técnica, tecnología o procedimiento para las personas que tengan la condición de asegurado o de beneficiario (arts. 8 quinquies, apartado séptimo, Ley 16/2003), ya sea desplazado o residente. La garantía relativa a la capacidad financiera es un requisito reiterado en este ámbito, siendo preceptiva para la aprobación y el mantenimiento posterior de las respectivas carteras complementarias la garantía previa de suficiencia financiera en el marco del cumplimiento de los criterios de estabilidad presupuestaria, habiendo considerado la STC núm.139/2016, de 21 de julio, que concurre la constitucionalidad de esta garantía previa de exigencia financiera a la luz de las exigencias del art. 135. 1 CE y la doctrina constitucional en materia de estabilidad presupuestaria. Afirma expresamente que "dicha garantía se vincula, en el caso concreto, a la necesidad de establecer los recursos adicionales necesarios para la implantación de la ya mencionada cartera complementaria de servicios así como a su no inclusión en la financiación general de las prestaciones del SNS (Fundamento Jurídico 12º)"[47]. También cabe la posibilidad de que una Comunidad Autónoma opte por financiar íntegramente una concreta prestación sobre la que legislación estatal fija la obligación de un copago en la Cartera común básica, pudiendo ser una mejora del mínimo que alcance o no la financiación por complet [48].

[45] Palomar Olmeda, A.; Vázquez Garranzo, J.: *La protección de la salud…*, *op. cit.*, pp. 84-85.
[46] Rodríguez-Rico Roldán, V.: *El derecho a la protección de la salud…, op. cit.*, p. 495.
[47] Rodríguez-Rico Roldán, V.: *El régimen jurídico de las prestaciones…, op. cit.*, p. 243.
[48] Rodríguez-Rico Roldán, V.: *El derecho a la protección de la salud…, op. cit.*, p. 497.

Lógicamente, un efecto inevitable de todo ello será que las Comunidades Autónomas que cuenten con más fondos podrán ofrecer una cartera complementaria más amplia, y también una realización más ventajosa para sus usuarios de las prestaciones comprendidas en la cartera común de servicios, en comparación con aquellas Comunidades que tengan menos recursos económicos (y/o decidan dirigirlos a otros objetivos). Es una realidad que no todas las Comunidades se encuentran en las mismas condiciones económicas, pero tampoco tienen las mismas necesidades sanitarias ya que éstas pueden variar en función de las características propias de la región, sus peculiaridades demográficas, etc. Por tanto, el ejercicio por las CCAA de sus competencias sobre prestaciones sanitarias en sus respectivas carteras de servicios puede y debe dar lugar a diferencias entre las CCAA en el contenido de las mismas, que serán el resultado del legítimo ejercicio del ámbito de autonomía que les reconoce la Constitución y de sus propias opciones políticas. Efectivamente, el principio de autonomía reconocido a las CCAA ampara esta interpretación y el de unidad de la nación española no lo impide, no debiendo caer en la errónea identificaci n entre igualdad y equiparación o en una confusión de igualdad y uniformidad, que no son lo mismo[49]. Al Estado le corresponde velar porque se cumplan en el ámbito autonómico "las condiciones básicas de igualdad" (como, por ejemplo, unos tiempos máximos de listas tanto diagnósticas como quirúrgicas, fijando tiempos máximos para el acceso a las prestaciones y las alternativas correspondientes una vez superados los tiempos máximos, pudiendo las Comunidades Autónomas introducir normas adicionales mejorando las condiciones fijadas en la normativa básica)[50]; pero todas las Comunidades Autónomas pueden establecer prestaciones complementarias o adicionales en materia de asistencia sanitaria y farmacia, sin que las diferencias o divergencias generadas por tales prestaciones impliquen automáticamente una iniquidad y una ruptura de los principios de igualdad básica de todos los ciudadanos y de cohesión[51]. No obstante, es preciso también mantener los principios de coordinación y cohesión del SNS, sin que la descentralización (amparada constitucional y estatutariamente) pueda ser excusa para justificar una ruptura de nuestro modelo de Estado social autonómico, que primero ha de ser Estado, y por ende, solidario y equitativo[52], debiéndose ampliar y robustecer las funciones del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud como órgano estatal de coordinación y de puesta en común de las políticas sanitarias de las Comunidades Autónomas.

4.2.2. La cartera complementaria del Servicio Andaluz de Salud

Como resultado de lo expuesto anteriormente, las Comunidades Autónomas han ido aprobando desde la década de los noventa diversas normas legales y reglamentarias regulando cuestiones que inciden directamente en el ámbito de las prestaciones de salud pública y de asistencia sanitaria, de las que se derivan desigualdades, tanto de carácter cuantitativo como cualitativo, respecto de los

[49] Se muestra claramente partidario de la viabilidad de estas diferencias, Vida Fernández, J.: "Las carteras de servicios: concreción…", *op. cit.*, p. 33-34, compartiendo la postura del Tribunal Constitucional al rechazar la interpretación literal del art. 139 CE que afirma que todos los españoles tienen los mismos derechos y obligaciones en cualquier parte del territorio del Estado, que conduce a la negación del Estado autonómico. Desde esta posición, la igualdad no impone que todas las CCAA ostenten las mismas competencias, ni menos aún que tengan que ejercerlas de una manera y con un contenido y unos resultados idénticos o semejantes; reclamándose que sean más cuidadosos en el destino de sus presupuestos autonómicos y que respondan antes sus electores de estas decisiones.

[50] En este sentido, Beltrán Aguirre, J.L.: "La igualdad básica, la coordinación y la cooperación interterritorial: Fundamentos del Sistema Nacional de Salud". *Derecho y Salud*, vol. 10, núm. 2, 2002, pp. 130 y ss., exponiendo que "condiciones básicas de igualdad" no es sinónimo de uniformidad absoluta y total en el contenido del derecho a la protección de la salud de las personas, contenido que, por tanto, puede variar en cada Comunidad Autónoma, sin que esas desigualdades sean iniquidades.

[51] Insistiendo en estos planteamientos, Beltrán Aguirre, J.L.: "Anotaciones a la ley de cohesión y calidad del sistema nacional de salud". *Derecho y Salud*, vol. 11, núm. 2, 2003, p. 129.

[52] Monereo Pérez, J.L.; Molina Navarrete, C.: "La protección de la salud. Configuración y delimitación técnica: la asistencia sanitaria como acción protectora del sistema de Seguridad Social". En VV. AA., Monereo Pérez, J.L. (Dir.): *Las contingencias comunes protegidas por la Seguridad Social: Estudio de su régimen jurídico,* Comares, Granada, 2008, p. 402.

distintos ámbitos territoriales autonómicos[53], amparadas por la configuración constitucional aludida y posteriormente por los diversos Estatutos de Autonomía y normativa comentada en materia de sanidad. En lo que Andalucía se refiere, se ha considerado concretamente que el RD 1030/2006 posibilita que prestaciones excluidas en el Sistema Nacional de Salud y/o que no sean financiadas con cargo a fondos de los Presupuestos Generales del Estado destinados a la sanidad, puedan ser consideradas como prestación de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y financiadas con sus propios recursos; por lo que cada Administración Sanitaria puede establecer en su ámbito de actuación aquellas prestaciones destinadas a la protección de la salud de colectivos con factores de riesgo específicos y que precisan para que sean efectivas una dotación presupuestaria específica. En base a estas consideraciones, la Junta de Andalucía ha mejorado algunas prestaciones o ha incorporado nuevas prestaciones en su Sistema Sanitario Público que financia con fondos propios. Debe tenerse en cuenta que se trata de un listado dinámico, sujeto a actualizaciones que implican inclusiones novedosas y a veces la exclusión de las mismas o incluso su incorporación a la Cartera Común. Por ejemplo, Andalucía fue pionera en incluir la financiación pública de la píldora poscoital desde 2001[54], habiéndose ido sumando posteriormente otras CCAA (también la distribuyen gratuitamente con recursos propios Aragón, Baleares, Cantabria, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia y Navarra); e incluso el Anteproyecto de Ley Orgánica por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, aprobado por el Consejo de Ministros el 17 de mayo 2022, prevé la inclusión en la Cartera Común de Servicios para evitar el acceso desigual a los métodos anticonceptivos, que "dependía del lugar de residencia, dado que las Comunidades Autónomas proporcionaban recursos y prestaban servicios para la administración de anticonceptivos y establecen directrices sobre su acceso de conformidad con sus políticas de salud sexual y reproductiva". Igualmente, el DIU de cobre lo financian todas las comunidades salvo Baleares, Cataluña, Madrid y Murcia[55].

Según la página de la Junta de Andalucía[56], entre estas mejoras se encuentra la cirugía de cambio de sexo, con larga tradición en esta Comunidad Autónoma y de posible incorporación a la Cartera Común, la prestación ortoprotésica o la financiación de medicamentos excluidos por el Estado, pudiendo también incluirse en esta cartera complementaria las mejoras en la salud bucodental infantil previstas en Andalucía.

A) Medicamentos excluidos de la financiación en el Real Decreto 1663/1998: "el contramedicamentazo" y su posterior derogación en 2012

En el ámbito de las desigualdades objetivas de carácter cuantitativo, destaca la mejora de la prestación farmacéutica efectuada en Andalucía. La Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento (derogada por la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios), en su art. 94 y la Disposición Adicional Séptima, recogía como competencia estatal la exclusión de medicamentos de la financiación con cargo a fondos de la Seguridad Social o estatales afectos a Sanidad, dejando, por tanto, a las Comunidades Autónomas con competencias sanitarias la decisión de la financiación de dichos medicamentos con cargo a fondos propios. En la misma línea, el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, en su Disposición Adicional Quinta establecía que "lo dispuesto en este Real Decreto no afecta a las actividades y prestaciones sanitarias realizadas por las Comunidades

[53] Beltrán Aguirre, J.L.: "Prestaciones sanitarias y autonomías territoriales: Cuestiones en torno a la igualdad". *Derecho y Salud*, vol. 10, núm. 1, 2002, pp. 15-28.

[54] https://elpais.com/diario/2001/05/09/sociedad/989359209_850215.html

[55] Así se referencia en Sáenz Royo, E.: "La prestación sanitaria en el Estado autonómico: las incongruencias entre el modelo competencial y su financiación". *Revista Española de Derecho Constitucional*, núm. 119, 2020. https://doi.org/10.18042/cepc/redc.119.04, p. 135.

[56] Así se recoge expresamente en: https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/sistema-sanitario/derechos-garantias/paginas/prestaciones-sanitarias-sspa.html

Autónomas, con cargo a sus propios recursos o mediante precios, tasas u otros ingresos, con arreglo a sus Estatutos de Autonomía y normas de desarrollo". En ese contexto, se aprueba por el Estado el Real Decreto 1663/1998, de 24 de julio, por el que se amplía la relación de medicamentos a efectos de su financiació con cargo a fondos de la Seguridad Social o a fondos estatales afectos a la sanidad; "respondiendo" a ello el Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía con la aprobación del Decreto 159/1998, de 28 de julio, por el que se regula la prestación de determinados medicamentos con cargo a fondos propios de la Comunidad Autónoma de Andalucía, posibilitándose la financiación de los mismos cuando hayan sido prescritos por los facultativos adscritos al Sistema sanitario Público de Andalucía.

El llamado "contramedicamentazo" es justificado por la Comunidad Autónoma que, en uso de sus competencias y en aras a preservar los principios de solidaridad y equidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, se ha adoptado las medidas necesarias para que los ciudadanos andaluces no se vean afectados por el recorte de la prestación farmacéutica llevada a cabo, financiando con fondos propios los medicamentos excluidos por la norma estatal (el RD 1663/1998, de 24 de julio)[57]. De este modo, Andalucía asumía el coste de los 661 fármacos excluidos, recibiéndolos gratis los pensionistas y el resto de los usuarios sólo aportaría el 40% de su coste, como ocurría con las medicinas no descartadas por el Ministerio. El TC avaló estas mejoras autonómicas, confirmándose en la STC núm. 98/2004, de 25 de mayo el nuevo orden en la distribución de competencias entre el Estado y las CCAA, considerando que las prestaciones básicas estatales pueden ser completadas por las CCAA (como ya venían haciendo algunas de ellas) mediante medidas como los llamados "medicamentazos" (financiación autonómica de medicamentos excluidos por el Estado de la financiación pública), atención a la salud bucodental, prestación de determinados productos dietéticos, etc.[58]

No obstante, en 2012, en plena crisis económica, se produjeron una serie de recortes en sanidad y la Junta de Andalucía dejó sin efecto, y sin previo aviso, el denominado "contramedicamentazo", dejando de financiar desde septiembre de 2012 los 661 fármacos que fueron excluidos del pago de la Seguridad Social en 1998 por el Ministerio de Sanidad, tratándose en su mayoría de antihemorroidales, laxantes, vitaminas del grupo B, corticoides para infiltraciones, y expectorantes y mucolíticos; debiendo aportar el usuario en estos casos el cien por cien, salvo algunas excepciones[59].

Por tanto, actualmente en Andalucía rigen las normas estatales en este ámbito y la aportación de las personas usuarias y sus beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria se define en el 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 y el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, regula la financiación pública de dicha prestación[60]; con la excepción establecida en el Decreto 415/2008, de 22 de julio, por el que se garantiza a la población infantil menor de un año el derecho a la prestación farmacéutica gratuita del sistema sanitario público de Andalucía.

El Decreto 415/2008, de 22 de julio, que puede considerarse como una iniciativa pionera, se encuadra en el Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas y prevé que las niñas y los niños andaluces con

---

[57] Navarra también reaccionó en términos similares aprobando el Decreto Foral 258/1998, de 1 de septiembre, por el que se establece la prestación complementaria de determinados medicamentos con cargo a fondos propios de la Comunidad Foral de Navarra.

[58] En este sentido, Vida Fernández, J.: "Las carteras de servicios: concreción…", *op. cit.*, p. 31.

[59] https://sevilla.abc.es/andalucia/sevi-medicamentazo-andalucia-junta-201209040000_noticia.html?ref=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F

[60] Téngase en cuenta que incluso se ha eliminado la controvertida subasta de medicamentos en Andalucía. Concretamente, a través de la Ley de Presupuestos del año 2021 el Parlamento aprobó la modificación de la Ley 22/2007, de 18 de diciembre, de Farmacia de Andalucía con el fin de eliminar la obligatoriedad de realizar las convocatorias de selección de medicamentos,

menos de un año tengan acceso gratuito a los medicamentos y productos sanitarios prescritos por su médico o médica de familia, o por su pediatra, importe que será asumido por la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía, reforzándose así la protección de la salud en la primera infancia y ayudando a afrontar los gastos económicos derivados de la llegada de un hijo o una hija. Para acceder a esta prestación los bebés deberán ser identificados con la tarjeta sanitaria individual cuando acudan a su consulta de medicina de familia o pediatría. En caso de no disponer aún de la tarjeta, se puede utilizar el justificante de haberla solicitado o el documento de reconocimiento temporal del derecho a la asistencia sanitaria[61]. Desde agosto de 2008 hasta julio de 2017 la implantación de esta mejora autonómica ha beneficiado a 929.806 menores que han accedido gratuitamente a los medicamentos y productos sanitarios prescritos por su médico, suponiendo un ahorro de las familias de 11,7 millones de euros, habiéndose dispensado más de 7,7 millones de recetas de medicamentos para menores de un año.

B) La prestación Ortoprotésica en Andalucía y su actualización a través de la Orden de 29 de junio de 2022

La prestación ortoprotésica es una de las modalidades en que se articula la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud. Concretamente, dentro de cartera suplementaria de servicios, según los arts. 8 y 8 ter de la Ley 16/2003, estableciendo el Anexo VI del RD 1030/2006 que el contenido de la prestación ortoprotésica comprende tanto prótesis quirúrgicas como ortoprótesis externas (prótesis externas, sillas de ruedas, ortesis y ortoprótesis especiales).

En Andalucía, su regulación general data del Decreto 195/1998, de 13 de octubre, que también estableció el Catálogo general de ortoprotésica, permitiendo el Decreto 195/1998 la exención de aportación por parte del usuario cuando accede a todos los productos incluidos en su Catálogo y siempre que el precio de venta sea inferior o igual al importe máximo que recoge el Catálogo General de Ortoprotésica. De este modo, y como una mejora objetiva de carácter cuantitativo, muchas Comunidades Autónomas, entre ellas Andalucía, han desarrollado esta prestación en términos de amplitud combatiendo restricciones legales y jurisprudenciales[62], siendo una materia que ha requerido de una especial actualización y confeccionándose una prestación más completa cuyas mejoras podrían reconducirse, en cada caso, a la cartera complementaria autonómica. No obstante, la cartera común de servicios también ha reforzado últimamente esta prestación y con la entrada en vigor de la Orden SCB/45/2019, de 22 de enero y de la Orden SCB/480/2019, de 26 de abril, los servicios de salud de las comunidades autónomas y ciudades autónomas de Ceuta y Melilla (INJUSA), y las mutuas de funcionarios (ISFAS, MUFACE y MUGEJU) han adaptado sus catálogos de prestaciones ortoprotésicas a lo dispuesto en ellas, llevándose a cabo actualmente la adaptación a la Orden SND/44/2022, de 27 de enero, de protésica.

Por tanto, todas las comunidades autónomas, desde el 1 de enero de 2020, deben, al menos, incluir en sus catálogos de prestaciones los productos contemplados en las señaladas órdenes, si bien las comunidades autónomas con suficiencia financiera podrán mejorar sus catálogos de prestaciones ortoprotésicas con otros productos; habiendo optado algunas comunidades autónomas por la publicación de normas con sus nuevos catálogos, mientras que otras hacen aplicación directa de lo dispuesto en las señaladas órdenes, que modifican, además, los códigos y descripciones de los productos, que son los que deben constar en las prescripciones médicas (es el caso de la Comunidad Foral de Navarra, Galicia, Principado de Asturias, Región de Murcia, Ceuta y Melilla).

En este sentido, y también tal y como permite la Disposición Final Primera del Decreto 195/1998, de 13 de octubre, por el que se regula la prestación ortoprotésica en Andalucía, su contenido ha ido actualizándose, siendo preciso atender a la Orden de 29 de junio de 2022, por la que

[61] https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/sistema-sanitario/derechos-garantias/paginas/medicamentos-gratis-menores-ano.html

[62] Rodríguez-Rico Roldán, V.: *El derecho a la protección de la salud…, op. cit.*, p. 560.

se actualiza el Catálogo General de Productos para la prestación ortoprotésica en Andalucía (BOJA 4 julio 2022, núm. 126)[63]. Entre las mejoras más significativas y que ya son tradicionales en Andalucía se encuentran la financiación que le corresponde al usuario en

- las ortesis (la cartera común exige la aportación del usuario de cantidades que suelen oscilar entre los 12 y 30 euros);
- los calzados ortopédicos para grandes deformidades, incluidas las plantillas que hayan sido prescritas (la cartera común exige la aportación del usuario de 36 euros y no incluye las plantillas);
- y las prótesis especiales (la cartera común exige la aportación del usuario de cantidades que suelen oscilar entre los 12 y 30 euros).

No obstante, la Orden de 29 de junio de 2022, por la que se actualiza el Catálogo General de Productos para la prestación ortoprotésica en Andalucía, también contiene recortes en comparación con su norma anterior. Muy criticado está siendo que se haya dejado de cubrir las plantillas ortopédicas con carácter general. Concretamente, establece la norma en el Grupo 06 12 Ortesis de miembro inferior. Subgrupo: 06 12 03 Ortesis de pie, que las plantillas ortopédicas exclusivamente serán financiadas para alguna de estas situaciones clínicas

- Pacientes con pie patológico neuropático o diabético que presenten riesgo de ulceración.
- Pacientes con graves deformaciones dolorosas del pie por enfermedad reumática.
- Pacientes con importantes secuelas dolorosas tras cirugía del pie, durante un periodo máximo de 24 meses.

Este cambio supone un recorte importante ya que implica que sólo se van a financiar un número muy reducido de casos y patologías, sin distinguir entre umbrales de renta (lo que supondrá una carga importante para algunas familias que tendrán que decidir si utilizarlas o no), constituyendo un nuevo e importante retroceso en la cobertura que presta el sistema sanitario público andaluz, pudiendo anunciar el inicio de una ola de recortes. Asimismo, como ha denunciado la Coordinadora Andaluza de Mareas Blancas, este tipo de recortes pueden desencadenar complicaciones en la salud de las personas que finalmente tendrá que asumir el sistema de Seguridad Social de forma más gravosa, a través de bajas laborales y más gastos sanitarios, sumándose la carga de sufrimiento de las personas que no se puedan permitir pagarse las plantillas[64].

[63] Tal y como se recoge por la Federación Española de Ortesistas y Protesistas en su página web (https://fedop.org/area-de-socios/legislacion-del-sector/cuales-son-los-catalogos-de-prestaciones-ortoprotesicas-de-cada-una-de-las-comunidades-autonomas/), han elaborado sus propios catálogos de prestaciones ortoprotésicas: Aragón (Resolución de 20 de diciembre de 2019, de la Dirección General de Asistencia Sanitaria); Canarias (Orden de 30 de diciembre de 2019); Cantabria (Resolución publicada en el Boletín Oficial de Cantabria número 124, de 28 de junio de 2022); Castilla-La Mancha (Resolución de 13/07/2022, de la Secretaría General); Castilla y León (Orden SAN/1340/2019, de 20 de diciembre, por la que se actualiza el Catálogo General de Prestaciones Ortoprotésicas); Cataluña; Comunidad Valenciana; Comunidad de Madrid (Decreto 84/2021, de 30 de junio); Extremadura (Resolución de 24 de mayo de 2022, del Vicepresidente Segundo y Consejero); Islas Baleares (Resolución de la Consejera de Salud de 25 de abril de 2019); La Rioja (Resolución de 5 de diciembre de 2019, de la Consejería de Salud); y País Vasco.

[64] FACUA Andalucía y la Coordinadora Andaluza de Mareas Blancas han denunciado públicamente esta medida. Desde Mareas Blancas se advierte: "no atender adecuadamente los problemas de la marcha son múltiples. La cronificación del dolor, el aumento de peso por falta de actividad física y otras posibles complicaciones de miembros inferiores y columna que al final acabarán provocando un mayor gasto al sistema (bajas laborales, cirugías…), además de la carga de sufrimiento a las personas que no se puedan permitir pagarse las plantillas". Véase, El Independiente de Granada: *Salud deja de cubrir las plantillas ortopédicas*. 27 julio 2022. Disponible en: https://www.elindependientedegranada.es/ciudadania/salud-deja-cubrir-plantillas-ortopedicas

También resulta llamativo un desajuste entre lo que el RD 1030/2006 prevé respecto a la cartera común y lo establecido por la nueva Orden de 29 de junio en Andalucía en el bloque de las prótesis auditivas. Concretamente, se refiere a los audífonos para pacientes hipoacúsicos (Subgrupo 22 06 00), estableciendo la norma estatal una limitación en el sentido de que "las administraciones sanitarias competentes vincularán la financiación de los audífonos y de los moldes adaptadores a programas de detección precoz, tratamiento completo y seguimiento de la hipoacusia, así como al estilo de vida de los pacientes"; mientras que la Orden andaluza no prevé tal limitación, pero sí que restringía la edad para acceder a estas prótesis hasta los 22 años, habiendo sido equiparada a partir del 1 de julio de 2022 a los 26 años previstos en la norma estatal.

La Junta de Andalucía venía ampliando la financiación respecto a algunas sillas de ruedas pero la norma estatal ya mejoró esta cobertura, encontrándose incluidas de igual modo[65], si bien la regla general han sido los recortes en la prestación ortoprotésica como se viene denunciando en los últimos años. Por ejemplo, la Orden de 26 de junio de 2014, por la que se recortan los importes de financiación en el Catálogo General de Ortoprotésica de Andalucía de manera unilateral que supuso la reducción lineal del 12,45% en los importes máximos de financiación de todos los productos ortoprotésico [66].

C) Cirugía de Cambio de Sexo

a) Andalucía: una Comunidad pionera

Todo lo referido a la cirugía de cambio de sexo y los gastos médicos ocasionados por ella ha estado rodeado de una amplia problemática en nuestro sistema[67]. La cirugía de cambio de sexo estaba expresamente excluida de la financiación pública por el Real Decreto 63/1995, por el que se regula la ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, y fue precisamente Andalucía la primera en financiarla mediante una proposición no de Ley aprobada el día 11 de febrero de 1999 en el Pleno del Parlamento andaluz, a iniciativa del PSOE y respaldada por el Partido Andalucista e IU, con la abstención del PP, en la que se insta a la Junta a que incluya dentro de las prestaciones del SAS la operación para el cambio de sexo. De este modo, el Servicio Andaluz de Salud ya debía asumir los gastos de las operaciones quirúrgicas para el cambio de sexo, creándose una unidad especializada de tratamiento psicológico y endocrinológico de los transexuales, un colectivo que aquel momento se cifraba en unas 350 personas en Andalucía, según las estadísticas[68]. En 1999 se crea una Unidad de Trastornos de Identidad de Género en el Hospital Universitario "Carlos Haya" de Málaga, compuesta por un equipo multidisciplinar (Psiquiatría, Endocrinología y Cirugía Plástica), siendo un centro de referencia a nivel nacional al ser la primera Unidad dentro del sistema público español en dar respuesta a la atención sanitaria de las personas transexuales.

Es importante subrayar la importancia de la opción que adoptó Andalucía en un marco general en el que en base al RD 63/1995 estaban excluidas expresamente de la cartera general las operaciones de cambio de sexo, salvo en casos de intersexualidad patológica (véase el Anexo III, apartado 5, excluía "la cirugía de cambio de sexo, salvo la reparadora en estados intersexuales patológicos", y

[65] Así se recogía por Beltrán Aguirre, J.L.: "Prestaciones sanitarias y autonomías territoriales: Cuestiones en torno a la igualdad". *Derecho y Salud*, vol. 10, núm. 1, 2002, pp. 23, que precisaba que las sillas de rueda de material ligero estaban expresamente excluidas por la Orden de 18 de enero de 1996, y sí que eran abonadas por la Junta de Andalucía.

[66] Ortopedia López: *La Junta de Andalucía recorta un 12.5% los importes de las prestaciones de Ortopedia*, 14 julio 2014. https://www.ortopedialopez.com/blog/la-junta-de-andalucia-recorta-un-12-5-los-importes-de-las-prestaciones-de-ortopedia/

[67] Puede verse un estudio al respecto en García Valverde, M.D.: "Transexualidad y cirugía de cambio de sexo. Situaciones amparadas por la legislación española". En VV. AA., Rivas Vallejo, Mª.P. y García Valverde, Mª. D. (Dirs.): *Derecho y Medicina. Cuestiones jurídicas para profesionales de la Salud,* Cizur Menor (Navarra), Aranzadi, 2009, p. 344 y ss., planteándose el debate de si el tratamiento es eficaz y de si en ese caso debe ser cubierto o no por el SNS teniéndose en cuenta la escasez de recursos.

[68] https://www.elmundo.es/elmundo/1999/febrero/11/ciencia/sexo.html

el apartado 3 que excluía "la cirugía estética que no guarde relación con accidente, enfermedad o malformación congénita", siendo esta última una de las vías utilizada por la persona transexual)[69]. Asimismo, debe tenerse en cuenta que los tratamientos clínicos de reasignación sexual, tanto quirúrgicos como hormonales, tienen un elevado coste que a veces no pueden asumir las personas que lo requieren, viéndose obligadas a recurrir a la medicina privada para obtener el tratamiento médico o quirúrgico necesario, o incluso al auto-tratamiento hormonal no controlado con el consiguiente alto riesgo de aparición de complicaciones o efectos secundarios perjudiciales para su salud[70].

Posteriormente, se aprueba el RD 1030/2006 que deroga al RD 63/1995, eliminando así los hipotéticos obstáculos jurídicos que podían oponerse para sufragar autonómicamente este tratamiento; pero tampoco se incluye el proceso de cambio de sexo en el listado de prestaciones comunes, sin perjuicio de que cada Comunidad Autónoma pueda decidir si financia o no este tratamiento, debiendo atender para ello al procedimiento establecido en el art. 11 RD 1030/2006. En ese nuevo contexto normativo, varias Comunidades Autónomas se sumaron a la iniciativa de Andalucía y crearon sus propias Unidades de tratamiento (por ejemplo, el Principado de Asturias o la Comunidad de Madrid) o firmaron los correspondientes convenios de colaboración con el Sistema Andaluz de Salud para la realización de estos tratamientos a los ciudadanos de sus Comunidades Autónomas (por ejemplo, Extremadura o Aragón).

b) La Ley 2/2014, de 8 de julio, integral para la no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Andalucía

En la consolidación del reconocimiento de derechos a este colectivo, se ha aprobado en Andalucía la Ley 2/2014, de 8 de julio, integral para la no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Andalucía. Ha sido la primera comunidad en España en reconocer este derecho, considerándose un triunfo del colectivo transexual, contándose en su aprobación con la unanimidad de los partidos presentes entonces en el Parlamento (PSOE, PP e Izquierda Unida). De este modo, se ha convertido en la primera comunidad que incluía la asistencia sanitaria de las personas transexuales en su cartera de servicios, si bien de facto ya lo había hecho desde 1999 con la referida unidad centralizada para toda la región específica para estos tratamientos (ubicada en el hospital de Málaga), y progresivamente también se habían ido habilitando unidades de tratamiento especializado en las ocho provincias.

La Ley 2/2014, de 8 de julio, integral para la no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Andalucía, dedica su art. 10 a la asistencia sanitaria a través del Servicio Andaluz de Salud, incluyendo diversos contenidos como el reconocimiento de que todas las personas tienen el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, sin que pueda haber discriminación ni segregación por motivos de identidad de género, garantizándose por el Sistema Sanitario Público de Andalucía el acceso a la cartera de servicios existentes a todas las personas incluidas en el ámbito de aplicación de esta Ley, conforme a su identidad de género. Asimismo, recibirán la atención adecuada a su identidad de género y cuando existan diferentes dependencias por razón de sexo ocuparán aquella que se corresponda con lo solicitado.

Establece la Ley 2/2014 que la Consejería competente en materia de salud establecerá un procedimiento asistencial de atención a las personas transexuales que contendrá los criterios, objetivos y estándares de atención recogidos en las recomendaciones internacionales en la materia, que en todo caso han de ser compatibles con los principios inspiradores de esta Ley. Dicho procedimiento se elaborará en colaboración con personas transexuales y entidades que las representan. El Servicio

[69] En este sentido, García Valverde, M.D.: "Transexualidad y cirugía de cambio…", *op. cit.*, p. 348, aludiendo a que esta interpretación ha sido confirmada por el Tribunal Supremo, pues los Tribunales Superiores de Justicia de las distintas Comunidades Autónomas no habían marcado una doctrina clara y única al respecto.

[70] Así lo advierte García Valverde, M.D.: "Transexualidad y cirugía de cambio…", *op. cit.*, p.

Andaluz de Salud facilitará el acceso a la cartera de servicios existentes conforme al proceso asistencial establecido, dentro de sus competencias, procurando la máxima proximidad entre las personas usuarias y los centros sanitarios, siempre que se garantice la calidad y seguridad en la atención.

Se reconoce expresamente en la norma que el Sistema Sanitario Público de Andalucía proporcionará el proceso de reasignación sexual conforme a su cartera básica de servicios, dentro del marco de sus competencias (art. 10. 5), incluidos los tratamientos que tiendan a la modulación del tono y timbre de la voz (art. 10. 7). Esta última inclusión expresa no ha estado exenta de polémica, habiendo zanjado la cuestión el Acuerdo de 26 de marzo de 2015, de la Subcomisión de Seguimiento Normativo, Prevención y Solución de Controversias de la Comisión Bilateral de Cooperación Administración General del Estado-Comunidad Autónoma de Andalucía, al establecer que "ambas partes coinciden en interpretar el artículo 10.7 de la Ley 2/2014 en el sentido de que la Consejería competente en materia de salud considerará en su cartera de servicios complementarios, dentro del marco de sus competencias, los tratamientos que tiendan a la modulación del tono y timbre de la voz, por cuanto no constituyen para las personas transexuales una cuestión estética o cosmética, sino su correspondencia y adecuación a su identidad de género".

Con el Acuerdo de 5 de diciembre de 2017, del Consejo de Gobierno, se aprobó el primer Informe Bienal de la Ley 2/2014, de 8 de julio, integral para la no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Andalucía, acordándose su remisión al Parlamento, en el que se refleja que dos años después de la aprobación de la ley, se ha producido un incremento notable de las solicitudes para cambio de sexo: 4.900 consultas de endocrinología de mayores de 14 años, y 201 de menores de 14 años[71].

En ese Informe Bienal 2015-2016, se recoge que, en materia de atención sanitaria, la Consejería de Salud ha realizado, entre otras, las siguientes actuaciones:

- Elaboración de Instrucciones para la organización asistencial de la atención a las personas transexuales de Andalucía, que fueron remitidas a los Centros Sanitarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía (en adelante, SSPA), enviándose posteriormente las instrucciones a los Centros Sanitarios del SSPA para la organización asistencial de la atención a las personas transexuales menores de 14 años.
- Publicación del Circuito de derivación a las Unidades de Atención a Personas Transexuales (en adelante, UAPT) en la Cartera de Atención Primaria.
- El Proceso Asistencial Integrado (en adelante, PAI) de Atención Sanitaria a Personas Transexuales en la Infancia y Adolescencia y el PAI Atención Sanitaria a Personas Transexuales Adultas responden tanto a un deber ético con las personas y asociaciones de personas transexuales como al mandato de la Ley 2/2014, de 8 de julio. Se tiene presente a lo largo de todo el PAI la despatologización de la transexualidad, la cartera de Servicios del SAS y los derechos que se consolidan en la mencionada Ley. Posteriormente se definió el propósito de ambos PAI y se estableció el recorrido de la persona por el SSPA, identificand el ámbito, Atención Primaria (AP) o la Atención Hospitalaria, referida en este caso a la UAPT.
- Se modificó la Cartera de Procedimientos de Obstetricia y Ginecología para incluir un apartado de "Procedimientos relacionados con la atención a personas transexuales".

[71] Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Acuerdo%20primer%20informe%20bienal%20Ley%202_2014.pdf, p. 10.

- Se ha modificado la Cartera de Procedimientos de Cirugía Plástica y Reparadora, incluyendo un apartado de "Procedimientos de Cirugía Plástica y Reparadora relacionados con la atención a las personas transexuales".

Por otro lado, se ha criticado que comparando la Ley andaluza con otras leyes autonómicas puede considerarse a ésta de imprecisa, ya que otras normas autonómicas, de forma acertada, concretan que no se podrá condicionar el derecho a recibir otros tratamientos complementarios, como fotodepilación del vello fácil, la tirocondroplastia o la mejora del tono y modulación de la voz, a la realización previa del tratamiento hormonal o de los tratamientos plástico-quirúrgicos. Otras normas también prevén que no se podrá condicionar la asistencia sanitaria especializada a un examen psicológico. Sin embargo, la norma andaluza sólo indica de forma insuficiente que ninguna persona será obligada a someterse a tratamiento, procedimiento médico o examen psicológico que coarte su libertad de autodeterminación de género (art. 5.2)[72]. No obstante, posteriormente, se ha previsto, según la *Guía de información sobre atención sanitaria a las personas transexuales*, publicada por la Junta de Andalucía en 2018, que para garantizar el modelo de atención sanitaria definido en los Procesos Asistenciales, el SSPA incluye en su cartera de servicios[73]:

- Tratamiento hormonal de supresión del desarrollo puberal y seguimiento continuado.
- Tratamiento hormonal cruzado y seguimiento continuado.
- Intervenciones quirúrgicas (histerectomía, cirugía mamaria, gonadectomía, penectomía, genitoplastia) y seguimiento postquirúrgico.
- Tratamientos de voz.
- Acompañamiento y apoyo psicoemocional.
- Información y asesoramiento sobre recursos sociales.
- Información sobre aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva.

Todos los tratamientos e intervenciones se realizan según una serie de criterios clínicos y requisitos legales, y como en cualquier otra situación en la que se solicite atención sanitaria, debe contactar en Atención Primaria, y en función de la edad con Pediatría o Medicina de Familia.

c) Marco estatal: el Proyecto de Ley para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI

Es importante tener en cuenta que el Consejo de Ministros ha aprobado el 27 de junio de 2022 el Proyecto de Ley para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI, acordando su remisión a las Cortes Generales para la correspondiente tramitación. Se trata de una ley muy demandada por el conjunto del movimiento LGTBI que desde 2014 ha conseguido que numerosas comunidades autónomas legislen a este respecto en el ámbito de sus competencias (trece de ellas tienen ley LGTBI y/o trans, alguna más la están tramitando), como es el caso analizado de Andalucía[74]. Se reclamaba una ley estatal que establezca un suelo de

[72] Pérez Monguió, J.Mª.: "Transexualidad en Andalucía". En VV. AA., Pérez Monguió, J. Mª., Fernández Ramos. S. (Coords.): *El derecho de salud pública y políticas sociales e igualdad de Andalucía,* Junta de Andalucía, Instituto Andaluz de Administración Pública, 2016, pp. 490-491.

[73] Consejería de Salud. Junta de Andalucía: *Guía de información sobre atención sanitaria a las personas transexuales*. Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 2018. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/guia_transexuales.pdf, p. 16.

[74] Entre las Comunidades Autónomas que de forma reciente han aprobado su normativa en esta materia pueden destacarse, entre otras, la Ley 5/2022, de 6 de mayo, de Diversidad Sexual y Derechos LGTBI en Castilla-La Mancha; o la Ley 2/2022, de 23 de febrero, de igualdad, reconocimiento a la identidad y expresión de género y derechos de las personas trans y sus familiares en la Comunidad Autónoma de La Rioja, cuyos arts. 16 y ss. van referidos a las medidas en el ámbito de la salud, conteniendo una redacción bastante completa al respecto, como, por

derechos uniforme para todo el territorio y que clarifique algunas cuestiones, además de que regule las cuestiones que son competencia del Estado. La llamada "Ley Trans" contempla medidas generales y específicas de actuación de los poderes públicos con el fin de "promover la igualdad efectiva de las personas trans en diferentes ámbitos: laboral, de la salud y educativo". En el concreto ámbito de la salud, se garantiza la despatologización del procedimiento, en línea con la eliminación impulsada por la OMS de que la transexualidad deja de ser un trastorno mental y del comportamiento y, en sí, una enfermedad para ser trasladada al capítulo de "condiciones relativas a la salud sexual". Desde esta perspectiva, se plantea la atención sanitaria a las personas trans "conforme al principio de no patologización". Además, también se prevé que la cartera de servicios comunes del SNS incorpore los tratamientos hormonales y quirúrgicos para las personas trans (así se plasma en la Exposición de Motivos Anteproyecto de Ley para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI), aunque ello ya se encuentra recogido en la cartera de servicios complementaria de algunas Comunidades Autónomas. Para ello, la Ley Trans establece que los profesionales sanitarios deben contar con "formación suficiente, continuada y actualizada" para prestar "especial atención" a los problemas de salud asociados a las personas trans en función de "las prácticas quirúrgicas a las que se someten, tratamientos hormonales y su salud sexual y reproductiva"[75]. Para contribuir a ello, se elaborarán y desarrollarán protocolos y procedimientos específicos para la atención de las personas trans, estableciéndose servicios especializados conformados por equipos multidisciplinares de profesionales, que realicen, entre otras, algunas de las siguientes funciones: a) informar, apoyar y acompañar en todo el proceso de transición a las personas trans; b) prestar apoyo a la atención ambulatoria y a los centros especializados territorializados; c) llevar a cabo labores de investigación, estadística y seguimiento del conjunto del sistema (art. 53 Anteproyecto de Ley para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI). Por tanto, de aprobarse finalmente esta norma, se incluiría en la cartera de servicios comunes del SNS, en las condiciones que se establezcan, además del tratamiento hormonal, prestaciones como terapia de voz, cirugías genitales, mamoplastias, mastectomías y material protésico, incluido el acompañamiento en todos los aspectos de la salud física y mental de la persona; desvaneciéndose así esas diferencias territoriales que pueden apreciarse actualmente según cómo esté confeccionada la cartera complementaria de servicios autonómica.

ejemplo, el art. 17. 4 que establece que, dentro de sus competencias, el sistema sanitario público de la Comunidad Autónoma de La Rioja ofertará a las personas trans:

"a) Asesoramiento sexológico.

b) Tratamiento farmacológico y hormonal en el proceso de transición hacia el género sentido.

c) Tratamientos quirúrgicos de cirugía de exéresis de mama y de genitales, de implante de prótesis mamarias y reconstructiva de genitales y otros tratamientos médicos o quirúrgicos para la modificación corporal que aseguren su congruencia con la identidad de género de la persona, incluyendo los necesarios para la modificación del tono y timbre de voz cuando se requieran.

d) Acompañamiento psicológico solo si el usuario o, en su caso, los representantes legales lo solicitasen, previo o durante las fases de hormonación y cirugías, para llevar a buen término el proceso de transición hacia el género sentido y la adherencia al tratamiento hormonal.

e) Acceso a las técnicas de reproducción asistida, incluyendo como beneficiarias a todas las personas transexuales con capacidad gestante y a sus parejas, en las mismas condiciones que el resto de las personas usuarias.

f) Acceso a las técnicas de congelación de tejido gonadal y células reproductivas para su futura recuperación, en las mismas condiciones que el resto de las personas usuarias, antes del inicio de cualquier tratamiento que pudiera comprometer su capacidad reproductora".

En términos similares, la Ley 2/2021, de 7 de junio, de igualdad social y no discriminación por razón de identidad de género, expresión de género y características sexuales de la Comunidad Autónoma de Canarias, o la Ley 4/2018, de 19 de abril, de Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y no Discriminación de la Comunidad Autónoma de Aragón, entre otras.

[75] Cordero, P.: "El Gobierno aprueba la Ley Trans: las 7 claves sanitarias que implicarán al SNS". *Consalud.es*, 27 junio 2022. Disponible en: https://www.consalud.es/politica/gobierno-aprueba-ley-trans-7-claves-sanitarias-implicaran-sns_117039_102.html

d) La atención bucodental infantil en Andalucía

El 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 su actualización, prevé en el apartado 9 del Anexo II, sobre cartera de servicios comunes de atención primaria, las actividades asistenciales, diagnósticas y terapéuticas, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y preventivas dirigidas a la atención de la salud bucodental. Esta prestación se ha caracterizado por ser especialmente restringida su cobertura, debiendo destacarse que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud ha aprobado en junio de 2022 el Plan de Salud Bucodental del Sistema Nacional de Salud, dotado con 44 millones, para ampliar la Cartera de Servicios de salud bucodental. El Plan pretende homogeneizar las prestaciones de atención bucodental en el territorio nacional, garantizando la equidad en su acceso, independientemente del lugar de residencia, ya que precisamente esta prestación había sido objeto de diferentes coberturas por las carteras complementarias autonómicas. También se persigue aumentar los servicios comunes que hasta ahora no se prestaban por la sanidad pública, con un enfoque fundamentalmente preventivo y priorizando a los colectivos infanto-juvenil, embarazadas, personas con discapacidad y personas con cáncer del territorio cervicofacial; sumándose a la Cartera Común de Servicios los barnices de flúor de alta concentración, los selladores de fosas y fisuras que impiden la aparición de las caries y las limpiezas de boca, empastes en la dentición definitiva, los tratamientos no agresivos en los dientes de leche, las reconstrucciones y endodoncias ante traumatismos y malformaciones, adaptándolos a su edad, desde el nacimiento hasta los 14 años[76].

No obstante, como se indicaba, las Comunidades Autónomas ya venían financiando a través de su cartera complementaria distintos tratamientos de salud bucodental infantil[77], pudiendo destacarse el Decreto 281/2001, de 26 de diciembre, por el que se regulaba la prestación asistencial dental a la población de 6 a 15 años de la Comunidad Autónoma de Andalucía, que ha venido garantizando la asistencia dental básica y los tratamientos especiales a las personas de 6 a 15 años protegidas por el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Esta norma ha sido sustituida por el Decreto 521/2019, de 23 de julio, por el que se regula la prestación de la asistencia dental a las personas de 6 a 15 años protegidas por el Sistema Sanitario Público de Andalucía, que incluye una regulación más detallada y completa de la asistencia dental a este colectivo que la referida en el apartado 9 del Anexo II del RD 1030/2006. Por ejemplo, están incluidas actualmente en Andalucía (y no lo estaban en la cartera común de servicios aunque parece que sí lo estarán tras la implantación progresiva (hasta 2024[78]) del Plan de Salud Bucodental del Sistema Nacional de Salud recién aprobado por el Consejo Interterritorial del SNS), la extracción de piezas dentarias temporales (dientes de leche), las tartrectomías (limpieza) cuando se detecte cálculo y/o pigmentaciones extrínsecas en dentición permanente y los tratamientos especiales relativos a los trastornos del grupo inciso-canino a causa de malformaciones o traumatismos especificados en el Anexo I del Decreto 521/2019, de 23 de julio, por el que se regula la prestación de la asistencia dental a las personas de 6 a 15 años protegidas por el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Por otro lado, la norma andaluza abarca a los niños y niñas de entre 6 y 15 años residentes en Andalucía, mientras que la cobertura estatal prevista en el Plan de

[76] https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/sanidad14/Paginas/2022/150622-darias-bucodental.aspx

[77] Las CCAA han desplegado una función de ampliación fundamental en el ámbito de la salud bucodental de los menores. Puede verse en este sentido, Rodríguez-Rico Roldán, V.: *El régimen jurídico de las prestaciones…, op. cit.*, p. 283.

[78] Se ha establecido que antes del 31 de diciembre de 2022, las comunidades autónomas, junto con el apoyo del Ministerio de Sanidad, deberán implantar en su cartera de servicios la atención a mujeres embarazadas, a personas con discapacidad y a la población infantojuvenil de 6 a 14 años fijada en el Plan. Antes del 30 de junio del 2023, deberá estar implementada en todas España la atención infantojuvenil de 0 a 5 años. Y antes del 31 de diciembre de 2024, la estrategia prevé la implementación de la atención bucodental a personas diagnosticadas de procesos oncológicos del territorio cervicofacial, así como a las personas sometidas a tratamiento quimioterápico por tumores de otra región del organismo. Así se recoge en: https://www.redaccionmedica.com/secciones/ministerio-sanidad/la-nueva-cartera-bucodental-fija-precios-de-atencion-a-ninos-y-embarazadas-861

Salud Bucodental del Sistema Nacional de Salud recién aprobado comprende al colectivo infantil desde el nacimiento hasta los 14 años.

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez Del Vayo, M.; Belmonte, E.; Bernardo, Á.; Torrecillas, C.; Tuñas, O.; Gavilanes, M. Á.: *La odisea de acceder a la reproducción asistida pública según donde vivas*. Civio.es. 2021. Disponible en: https://civio.es/medicamentalia/2021/11/16/diferencias-en-reproduccion-asistida-por-comunidades-autonomas/

Beltrán Aguirre, J.L.: "Anotaciones a la ley de cohesión y calidad del sistema nacional de salud". *Derecho y Salud*, vol. 11, núm. 2, 2003, pp. 123-140.

Beltrán Aguirre, J.L.: "La igualdad básica, la coordinación y la cooperación interterritorial: Fundamentos del Sistema Nacional de Salud". *Derecho y Salud*, vol. 10, núm. 2, 2002, pp. 125-156.

Beltrán Aguirre, J.L.: "Prestaciones sanitarias y autonomías territoriales: Cuestiones en torno a la igualdad". *Derecho y Salud*, vol. 10, núm. 1, 2002, pp. 15-28.

Diario de Sevilla: *La espera para una intervención quirúrgica en Andalucía baja un 20% con respecto a junio de 2020*. 16 noviembre 2021. Disponible en: https://www.diariodesevilla.es/andalucia/listas-espera-operacion-andalucia_0_1629738576.html

Díaz Aznarte, Mª.T. "La estructura de gestión de la asistencia sanitaria en España. Descentralización y papel de las Comunidades Autónomas", en VV. AA. Monereo Pérez, J. L.; Rivas Vallejo, P.; Moreno Vida. M. N.; Francisco Vila Tierno, F.; Álvarez Cortés, J. A. (Dirs.): *Salud y asistencia sanitaria en España en tiempos de pandemia covid-19*, Aranzadi Thomson Reuters, Navarra, Tomo I, 2021, pp. 429-454.

Díaz Aznarte, Mª.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 VV.AA., Moreno Vida, M. N. Díaz Aznarte (Dirs.): *La protección social de la salud en el marco del estado de bienestar: una visión nacional y europea*, Comares, Granada, 2019, pp. 119-134.

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública: *Los Servicios Sanitarios de las CCAA*, 2022. Disponible en: https://fadsp.es/wp-content/uploads/2022/05/InformeCCAA22.pdf

García Valverde, M. D.: "Transexualidad y cirugía de cambio de sexo. Situaciones amparadas por la legislación española". En VV. AA., Rivas Vallejo, Mª. P. y García Valverde, Mª. D. (Dirs.): *Derecho y Medicina. Cuestiones jurídicas para profesionales de la Salud,* Cizur Menor (Navarra), Aranzadi, 2009, pp. 340-357.

Girela Molina, B.: "El sistema sanitario público de Andalucía". En VV.AA., Monereo Pérez, J. L., Serrano Falcón, C. (Dirs. y Coords.): *Derecho Social en la Comunidad Autónoma de Andalucía*, Comares, Granada, 2009, pp. 359-396.

Girela Molina, B.: "Reformas fallidas en la gestión de la asistencia sanitaria: ¿vuelta al origen?". En VV.AA., Moreno Vida, M. N. Díaz Aznarte (Dirs.): *La protección social de la salud en el marco del estado de bienestar: una visión nacional y europea*, Comares, Granada, 2019, pp. 157-192.

Martínez Navarro, J.A.: "El derecho al acceso a la asistencia sanitaria: el reintegro de los gastos sanitarios". En VV. AA., Pérez Gálvez, J. F. (Dir.): *Retos y propuestas para el Sistema de Salud*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2019, pp. 353-373.

Ministerio de Sanidad: *Estadística de Gasto Sanitario Público*, 2020.

Monereo Pérez, J.L.; Molina Navarrete, C.: "La protección de la salud. Configuración y delimitación técnica: la asistencia sanitaria como acción protectora del sistema de Seguridad Social". En VV. AA., Monereo Pérez, J. L. (Dir.): *Las contingencias comunes protegidas por la Seguridad Social: Estudio de su régimen jurídico,* Comares, Granada, 2008.

Navarro Espigares, J.L.: "La financiación sanitaria en Andalucía". En VV. AA., Pérez Monguió, J. Mª., Fernández Ramos. S. (Coords.): *El derecho de salud pública y políticas sociales e igualdad de Andalucía*, Junta de Andalucía, Instituto Andaluz de Administración Pública, 2016, pp. 287-330.

Palomar Olmeda, A.; Vázquez Garranzo, J.: *La protección de la salud: la necesidad de recomposición del sistema (Lecciones aprendidas durante la pandemia y propósito de enmienda),* Aranzadi, Navarra, 2021.

Pérez Gálvez, J.F.: "El cierre de grandes corporaciones o franquicias en España: una crisis sanitaria que deja indefensos a los ciudadanos". En VV. AA., Pérez Gálvez, J. F. (Dir.): *Retos y propuestas para el Sistema de Salud*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2019, pp. 21-172.

Pérez Monguió, J.Mª.: "Transexualidad en Andalucía". En VV. AA., Pérez Monguió, J. Mª., Fernández Ramos. S. (Coords.): *El derecho de salud pública y políticas sociales e igualdad de Andalucía,* Junta de Andalucía, Instituto Andaluz de Administración Pública, 2016, pp. 457-508.

Rodríguez-Rico Roldán, V.: *El régimen jurídico de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud tras las últimas reformas*, Laborum, Murcia, 2018.

Rodríguez-Rico Roldán, V.: *El sistema multinivel de asistencia sanitaria: tensiones y desafíos en su articulación*, Comares, Granada, 2017.

Rodríguez-Rico Roldán, V.: *El derecho a la protección de la salud: las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social,* Universidad de Granada, 2015.

Ruiz López, F.: "Principios estatutarios y competencias en salud en el Estatuto de Andalucía". En VV. AA., Pérez Gálvez, J. F. (Dir.): *Retos y propuestas para el Sistema de Salud*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2019, pp. 407- 424.

Sáenz Royo, E.: "La prestación sanitaria en el Estado autonómico: las incongruencias entre el modelo competencial y su financiación" *Revista Española de Derecho Constitucional*, núm. 119, 2020, pp. 119-149. https://doi.org/10.18042/cepc/redc.119.04

Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del SNS - S.G. Información Sanitaria: *Sistema de Información de listas de espera del SNS (SISLE-SNS). Situación a 31 de diciembre de 2021,* Ministerio de Sanidad.

Servicio Andaluz de Salud: *Guía de Reproducción Humana Asistida. Sistema Sanitario Público de Andalucía*. Junta de Andalucía, Sevilla, 2022. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2022/Guia%20RHA_SSPA_2022.pdf

Vida Fernández, J.: "Sostenibilidad del sistema sanitario crisis económica, prestaciones sanitarias y medidas de ahorro". *Derecho y Salud,* vol. 21, núm. 2, 2011, pp. 13-34.

Vida Fernández, J.: "Las carteras de servicios: concreción, racionalización y articulación del contenido de las prestaciones sanitarias". *Derecho y Salud*, vol. 13, núm. 1, 2005, pp. 19-34.

VV. AA., Pérez Gálvez, J. F. (Dir.): *Retos y propuestas para el Sistema de Salud*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2019.

VV. AA., Pérez Monguió, J. Mª., Fernández Ramos. S. (Coords.): *El derecho de salud pública y políticas sociales e igualdad de Andalucía*, Junta de Andalucía, Instituto Andaluz de Administración Pública, 2016.

nº Extraordinario 4
ISSN: 2386-7191 – ISSNe: 2387-0370

Las deficiencias endémicas en la descentralización territorial del derecho a la asistencia sanitaria en españa y propuestas de mejora[1]

Endemic deficiencies in the territorial decentralization of the right to health care in spain and proposals for improvement

Mª Teresa Díaz Aznarte *Catedrática de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social*
Universidad de Granada

Resumen

La crisis sanitaria generada por la pandemia ha dejado al descubierto problemas estructurales de nuestro modelo de atención a la ciudadanía. El escenario actual es el de una multiplicidad de servicios autonómicos de salud que son susceptibles de albergar diferencias territoriales en materia de prestaciones sanitarias. Nuestra Constitución ampara la disparidad territorial manifestada en una mayor o menor oferta de prestaciones sanitarias cubiertas por el sistema público, pero es en la concreción de los límites donde cobra especial relevancia la labor del Estado a la hora de elaborar la legislación básica y coordinar el sistema en su conjunto. La política de salud ha de estar orientada a superar los desequilibrios sociales y territoriales, lo que requiere un intenso esfuerzo de implementación de mecanismos eficaces de coordinación y cohesión. Los mecanismos de coordinación previstos legalmente siempre han adolecido de graves deficiencias y no se ha cumplido el objetivo de superar los desequilibrios territoriales y sociales. Las prestaciones sanitarias sobre las que se observan más desigualdades territoriales son las listas de espera; la atención primaria y especializada; las dotaciones de aparatos de Alta Tecnología Médica-ATM; la oferta geriátrica y la oferta de psiquiatría. Las propuestas de mejora que se plantean en este estudio son: reforzar al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y repensar sus funciones; fortalecer los servicios de referencia; blindar presupuestariamente con cuantías adecuadas tanto el Fondo de Cohesión Sanitaria como el Fondo de Garantía Asistencial; y avanzar en la construcción de la noción de "interés colectivo sanitario" nacional, comunitario e internacional, fundamentado en políticas preventivas y no solo reparadoras.

Palabras Clave

sistema nacional de salud; descentralización; desigualdades; cohesión territorial; reformas; interés colectivo

Abstract

The health crisis generated by the pandemic has exposed structural problems in our model of care for citizens. The current scenario is that of a multiplicity of autonomous health services that are susceptible to territorial differences in terms of health benefits. Our Constitution covers the territorial disparity manifested in a greater or lesser supply of health benefits covered by the public system, But it is in the concretion of the boundaries that the work of the State in drafting basic legislation and coordinating the system as a whole takes on particular importance. Health policy must be aimed at overcoming social and territorial imbalances, which requires an intense effort to implement effective coordination and cohesion mechanisms. The coordination mechanisms provided for by law have always suffered from serious shortcomings and the objective of overcoming territorial and social imbalances has not been met. The health benefits for which territorial inequalities are most evident are waiting lists; primary and specialized care; provision of high-tech medical-ATM equipment; geriatric provision; and provision of psychiatry. The proposals for improvement proposed in this study are: To strengthen the Interterritorial Council of the National Health System and to rethink its functions; to strengthen the reference services; to protect both the Health Cohesion Fund and the Health Care Guarantee Fund with adequate amounts in budget; and to move forward in the construction of the notion of "collective health interest" national, community and international, based on preventive and not only remedial policies.

Keywords

national health system; decentralization; inequalities; territorial cohesion; reforms; collective interest

1. CUESTIONES INTRODUCTORIAS. UNA MIRADA A LA ASISTENCIA SANITARIA DESCENTRALIZADA EN ESPAÑA EN TIEMPOS DE PANDEMIA

La profunda e inesperada crisis sanitaria generada por la pandemia, ha dejado al descubierto problemas estructurales de nuestro modelo de atención a la ciudadanía. No estábamos preparados para una catástrofe de esta naturaleza y dimensiones y, desde principios del mes de marzo de 2020, este tsunami sanitario ha desplegado efectos devastadores en nuestra vida cotidiana. Los discursos

[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

neoliberales que de manera persistente han venido poniendo en tela de juicio desde hace décadas la idoneidad y sostenibilidad del Estado del Bienestar, han experimentado (o al menos deberían haberlo hecho) una importante deslegitimación, a la vista de lo acontecido. Ciertamente, el manto protector del Estado del Bienestar se ha quedado pequeño ante la emergencia vital, económica, laboral y por supuesto sanitaria que hemos padecido y aún sufrimos. Pero, a pesar de las evidentes carencias y la imposibilidad de atender a la totalidad de las situaciones de necesidad, sin el despliegue de políticas públicas implementadas desde las distintas Administraciones, el escenario habría sido muy distinto. Es por ello que no podemos dejar de insistir en la centralidad del modelo público de protección social.

No habíamos superado las terribles consecuencias de la pandemia, cuando en el escenario internacional ha irrumpido un conflicto bélico de proporciones y efectos imprevistos, que ya está materializándose en un grave problema energético, con todo lo que esto conlleva. La invasión rusa de Ucrania, junto a la desoladora e inaceptable catástrofe humanitaria que está provocando, ha llevado aparejada una contienda por los recursos energéticos que ha sacudido los cimientos de Europa y de la que no saldremos indemnes.

El derecho a la asistencia sanitaria no escapa a estas consideraciones. Es en momentos de crisis cuando el sistema se pone a prueba. El colapso, desconcierto y descoordinación que reinaron durante meses -no solo a nivel nacional, dicho sea de paso- son los indicadores principales que conducen -o deberían reconducir- a replantearnos cómo solventar los errores y deficiencias detectadas, con un enfoque esencialmente preventivo. Porque, sin ánimo de resultar catastrofistas, todo parece indicar que una situación similar puede volver a producirse.

La ciudadanía asistió atónita, pero también atemorizada y desconcertada, a órdenes y contraórdenes de las autoridades sanitarias (mascarillas inicialmente no, pero posteriormente sí), insuficiencia de material de protección básico (ni tan siquiera EPIs disponibles para quienes estaban luchando en primera línea, como ha sido el caso del personal sanitario), confusión sobre las principales vías de contagio (primero se puso el acento en las superficies de contacto, para terminar constatando que la transmisión fundamental es a través de aerosoles), etc. Sin embargo, lo realmente trágico ha sido poner el foco en el número de camas por habitante disponibles en las instalaciones hospitalarias, fundamentalmente en las UCIs. Resulta demoledor ser conscientes de la incapacidad de nuestro sistema hospitalario para absorber a enfermos de COVID-19 especialmente graves que requerían tratamiento en planta y/o en las Unidades de Cuidados Intensivos. Mención aparte requiere el drama acontecido en las residencias de ancianos, hechos que no sólo tendrán que investigarse en sede judicial, sino que han de propiciar una profunda reflexión político-jurídica sobre el trato que dispensamos a nuestros mayores, fallecidos a millares en una situación de absoluta indefensión. Las fallas del sistema nacional de dependencia y su deficiente implementación territorial, han quedado puestas de manifiesto de manera descarnada durante el punto álgido de la pandemia. ¿Podemos permitirnos que algo similar vuelva a suceder?

La emergencia sanitaria generada por la pandemia ha dejado al descubierto las serias deficiencias presentes en nuestros sistemas de protección de la salud. Desde hace décadas, a pesar de haber experimentado algunas situaciones de crisis sumamente graves (recordemos la gripe aviar en 2009 o el brote de ébola en los años 2016-2018), no habíamos tenido que hacer frente a un virus con una velocidad de transmisión semejante que, unida a su elevadísima letalidad en grupos de riesgo, nos ha colocado en un escenario realmente trágico.

En España, en términos generales, la ciudadanía tenía una percepción sumamente positiva del sistema público de atención sanitaria. A pesar de los incesantes recortes que ha venido experimentando el modelo público sanitario, de la puesta en cuestión de su sostenibilidad (en un discurso paralelo al esgrimido para acometer constantes reformas del sistema público de Seguridad Social) y la precariedad creciente del personal sanitario, etc., daba la impresión de que la calidad de atención sanitaria no se había visto seriamente dañada. Los términos racionalidad, eficiencia o eficacia se han tergiversado

durante décadas, considerándose por algunos de nuestros gobernantes, sinónimos de restricciones, recortes, preferencia injustificada por la gestión privada, temporalidad estructural laboral del personal sanitario, etc. Lamentablemente, se trata ya de lugares comunes cuando abordamos el estudio de materias vinculadas a la sanidad pública.

Ha quedado manifiestamente claro que debemos trabajar para construir un "interés colectivo sanitario" nacional, comunitario e internacional, fundamentado esencialmente en la prevención y no sólo en la faceta reparadora del sistema sanitario, algo que en nuestro país, tradicionalmente, ha sido sumamente complicado.

Y es en este delicado contexto en el que tenemos que desarrollar el tema que nos ocupa: la descentralización territorial en materia sanitaria. Los arts. 43 y 49 CE reconocen el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud. ¿Cómo afecta a la ciudadanía el hecho de que nuestro país haya optado por un modelo de asistencia sanitaria en el que comparten competencias el Estado y las Comunidades Autónomas? Conforme a lo establecido por el art. 149.1.16ª CE, el Estado únicamente posee competencia exclusiva en materia de sanidad exterior, establecimiento de las bases y coordinación general de la sanidad y legislación sobre productos farmacéuticos. Las Comunidades Autónomas, de acuerdo con el art. 148.1.21ª CE, podrán asumir competencias en materia de sanidad e higiene.

Resulta imprescindible traer a colación igualmente, otros preceptos constitucionales de los cuales se deriva la exigencia de que la actual organización territorial del Estado no desemboque en desigualdades entre territorios y entre personas. El art. 138.2 CE dispone que "las diferencias entre los Estatutos de las distintas Comunidades Autónomas no podrán implicar, en ningún caso, privilegios económicos o sociales", y el art. 139.1 CE establece que "todos los españoles tienen los mismos derechos y obligaciones en cualquier parte del territorio del Estado".

Respetando este marco constitucional, las Comunidades Autónomas fueron progresivamente recibiendo transferencias en materia de gestión de la asistencia sanitaria. Cada una de las diecisiete Comunidades Autónomas[2] creó su propio servicio de salud y elaboró normas sobre organización y prestación de asistencia sanitaria, dentro de lo dispuesto por la legislación básica del Estado y todo ello a lo largo de un proceso dispar que finalizó en 200 [3].

Este es el escenario que nos encontramos a día de hoy, una multiplicidad de servicios autonómicos de salud que gozan de margen de actuación (veremos en qué grado) y que por tanto son susceptibles de albergar diferencias territoriales en materia de prestaciones sanitarias. Vaya por delante una consideración que aunque resulte obvia, nos interesa destacar. La consagración constitucional de la diversidad territorial sanitaria conduce inexorablemente a la admisión de determinados niveles de heterogeneidad en la oferta de prestaciones por parte de las distintas Comunidades Autónomas. Lo cierto es que una cartera de servicios absolutamente compacta, cerrada y homogénea para todo el territorio nacional únicamente sería factible si el Estado conservase la competencia exclusiva sobre

[2] Actualmente, sólo las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla continúan dependiendo de INGESA (órgano gestor que sustituyó al INSALUD), a través de sus Áreas de Salud. Efectivamente, 2002 fue un año clave en el proceso de descentralización sanitaria. Como ha resumido la doctrina, "en 1981 se inició el traspaso de los servicios sanitarios gestionados por el INSALUD -el Gobierno de la UCD fue el responsable del primer traspaso a la Comunidad Autónoma de Catalunya-. Durante los años que gobernó el PSOE se realizaron las transferencias del INSALUD a seis CCAA: Andalucía, Valencia, Euskadi, Navarra, Galicia y Canarias. La transferencia a Andalucía se produjo el año 1984 y la de Canarias diez años más tarde, en 1994. En el año 2002, con un gobierno del Partido Popular, se producen las transferencias a las diez CCAA regidas por el artículo 143 de la Constitución. Después de veinte años de la primera transferencia del INSALUD, se ha logrado el objetivo de un Sistema Nacional de Salud completamente descentralizado, con autonomía de gestión en las diecisiete CCAA". Antoñanzas Villar, F.: "La Ley de Cohesión y Calidad en el Sistema Nacional de Salud", *Gaceta Sanitaria,* vol.17 nº.4 Barcelona jul./ago. 2003.

[3] De manera inusualmente gráfica justificaba el legislador la creación paulatina de los diferentes servicios públicos de salud autonómicos aludiendo a la conveniencia de "evitar saltos en el vacío". Exposición de Motivos de la Ley 14/1986 General de Sanidad, de 25 de abril.

esta materia. Dado que ese no es el caso, tenemos que asumir que nuestra Constitución ampara la disparidad territorial manifestada en una mayor o menor oferta de prestaciones sanitarias cubiertas por el sistema público, eso sí, dentro de unos límites[4]. Es aquí, en la concreción de los límites, donde cobra especial relevancia la labor del Estado a la hora de elaborar la legislación básica y coordinar el sistema en su conjunto[5]. Dicho de otro modo, la asimetría prestacional en España es constitucional desde el momento en el que las competencias en materia de asistencia sanitaria pertenecen a las CCAA , pero la política de salud ha de estar orientada a superar los desequilibrios sociales y territoriales (art. 3.3 Ley 14/1986 General de Sanidad).

En el tema que nos ocupa, como en otros tantos, el reto que se plantea es cómo mantener el equilibrio. Porque indudablemente, de un lado, habrá que preservar los derechos de los ciudadanos, de manera que las diferencias de trato en materia sanitaria en función del territorio de referencia no conculquen el marco constitucional de garantías en materia de derechos fundamentales y protección de la salud[6]; por otro, es ineludible respetar el ámbito competencial de las distintas Comunidades Autónomas en lo que se refiere a las prestaciones sanitarias complementarias que oferten. Tarea harto complicada, que requiere un intenso esfuerzo de implementación de mecanismos eficaces de coordinación y cohesión.

2. LA COORDINACIÓN Y COHESIÓN INTERTERRITORIALES COMO OBJETIVOS IRRENUNCIABLES

2.1. El Sistema Nacional de Salud en la Ley 14/1986 General de Sanidad. Conformación legal, carencias y desafíos.

El riesgo de fragmentación y falta de uniformidad que planteaba el modelo sanitario público descentralizado fue evidente desde el comienzo de su andadura. El art. 44 de la Ley 14/1986 General de Sanidad estableció que todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud integrarían el sistema Nacional de Salud, que a su vez estaría conformado por el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas[7]. De ahí que este texto normativo pusiera de manifiesto la relevancia de la coordinación[8], con el objetivo de no agravar lo que propio legislador calificaba como "dificultades ganizativas tradicionales".

[4] Como ha señalado la doctrina, las prestaciones sanitarias segregadas de la Seguridad Social, implican la aceptación de las diferencias territoriales. Montoya Melgar, A. "Asistencia sanitaria: de la Seguridad Social al Sistema Nacional de Salud (Apunte para un estudio), *Aranzadi Social,* 5/2004, BIB 2004\542. De acuerdo con la STC 124/1989 la "mención separada (en el art. 149.1.17ª CE) del régimen económico como función exclusiva del Estado trataba de garantizar la unidad del sistema de la Seguridad Social, y no sólo la unidad de su regulación jurídica, impidiendo diversas políticas territoriales de Seguridad Social en cada una de las Comunidades Autónomas". Por el contrario, el tenor literal del art. 149.1.16ª CE es nítido y conduce a una situación diferente por lo que respecta a materia sanitaria.

[5] En este aspecto incidía el legislador en la Exposición de Motivos de la Ley 14/1986 General de Sanidad, de 25 de abril. "El Estado, en virtud de lo establecido en el artículo 149.1.16 de la Constitución, en el que la presente Ley se apoya, ha de establecer los principios y criterios substantivos que permitan conferir al nuevo sistema sanitario unas características generales y comunes, que sean fundamento de los servicios sanitarios en todo el territorio del Estado".

[6] Para un análisis pormenorizado e interdisciplinar de este tema, *vid*. VV.AA. (Dir. 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, Granada, Comares, 2019.

[7] En momento de aprobación de la Ley General de Sanidad (1986), sólo dos Comunidades Autónomas, Cataluña y Andalucía, habían recibido la transferencia en materia de sanidad.

[8] La Ley 14/1986, General de Sanidad, dedicaba en el Capítulo I del Título III, un precepto, su art. 47, a la creación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y Comité consultivo. Este precepto fue suprimido mediante la Disposición Derogatoria 1ª de la Ley 16/2003, de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que es ahora el marco normativo de referencia de este Consejo, al que define en su art. 69 como "el órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud entre ellos y con la

El legislador, dispensó a esta materia un trato específico a lo largo del articulado de la LGS, comenzando por el art. 3.2, en el cual se establece que "la asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva".

Del mismo modo, se reservó un espacio específico en el texto normativo a la denominada "Coordinación General Sanitaria" (Título III, Capítulo IV de la LGS), configurada como herramienta para conjurar las desigualdades territoriales, fijando una serie de índices, fines, objetivos y criterios comunes para todo el territorio nacional que serían elaborados por el Gobierno, entre los que la evaluación cobraba un valor esencial, y contemplando asimismo el establecimiento de Planes de salud conjuntos Estado/Comunidades Autónomas (arts. 70 y 71 LGS)[9], teniendo como hilo conductor la solidaridad interterritorial (la norma alude a la consecución de un "sistema sanitario coherente, armónico y solidario").

Como es sabido, estos mecanismos de coordinación siempre han adolecido de graves deficiencias. La situación que hemos vivido en nuestro país en los primeros meses de 2020 como consecuencia de la pandemia, ha puesto de manifiesto que, o bien las herramientas previstas en la normativa son insuficientes, o se han implementado de manera francamente mejorable (o tal vez, ambas cosas). Por tanto, a día de hoy, es notorio que no se ha cumplido el objetivo de superar los desequilibrios territoriales y sociales que la política de salud estaba llamada a mitigar (art. 3.3 LGS[10]), ni se han corregido las desigualdades territoriales sanitarias en el sentido apuntado por el 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"). Tampoco se ha materializado debidamente lo dispuesto en el art. 81 de la LGS, que acertadamente parte de la premisa de que una coordinación eficaz no es viable sin la asignación de recursos financieros, pues de otro modo no se pueden "corregir las desigualdades territoriales sanitarias". La descoordinación genera efectos nocivos e irreversibles en la salud de la ciudadanía; si después de todo lo acontecido no hemos asumido la relevancia de actuar de manera organizada, consensuada o coordinada frente a las graves amenazas sanitarias a las que estamos expuestos, no hemos aprendido absolutamente nada de esta pandemia.

La Ley General de Sanidad, al menos formalmente, emerge como una norma realista en este sentido, que parte del hecho constatado de que el sistema sanitario público ha de hacer frente a importantes retos desde la perspectiva territorial, ya que la desigualdad entre Comunidades Autónomas es palpable. El diagnóstico es certero y las declaraciones de intenciones apuntan en la dirección correcta (como hemos comentado, incluso creó el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud como órgano coordinador entre las Comunidades Autónomas y la Administración General del Estado). Resta por saber si las herramientas previstas para la consecución de los fines plasmados en la norma son las adecuadas y/o se han implementado correctamente.

Administración del Estado, que tiene como finalidad promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud a través de la garantía efectiva y equitativa de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado.

[9] Art. 70.2 LGS: 2. La Coordinación General Sanitaria incluirá: a) El establecimiento con carácter general de índices o criterios mínimos básicos y comunes para evaluar las necesidades de personal, centros o servicios sanitarios, el inventario definitivo de recursos institucionales y de personal sanitario y los mapas sanitarios nacionales; b) La determinación de fines u objetivos mínimos comunes en materia de prevención, protección, promoción y asistencia sanitaria; c) El marco de actuaciones y prioridades para alcanzar un sistema sanitario coherente, armónico y solidario; d) El establecimiento con carácter general de criterios mínimos básicos y comunes de evaluación de la eficacia y rendimiento de los programas, centros o servicios sanitarios

[10] "La política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios sociales y territoriales"

2.2. Las deficiencias endémicas en materia de cohesión sanitaria

La Ley 21/2001 de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiació de las comunidades autónomas de régimen común y ciudades con Estatuto de Autonomía, creó el Fondo de Cohesión Sanitaria (art. 4) que tenía por objeto garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español[11]. El Fondo de Cohesión Sanitaria debía compensar el saldo neto de la asistencia sanitaria prestada a los pacientes desplazados, entendiendo por tales los 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 por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (actual Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social).

Hacemos notar el ritmo tan pausado con el que el legislador operó en la configuración e implementación de esta figura, a pesar de resultar esencial para la consecución de un fin prioritario, como es la igualdad y la solidaridad interterritorial. Tuvimos que esperar desde 1986 hasta 2001 para su creación. Y nuevamente, a la vista del tiempo transcurrido desde la creación del Fondo de Cohesión Sanitaria hasta su desarrollo reglamentario, a través del RD 1207/2006, de 20 de octubre, no podemos por menos que subrayar que resulta más que evidente que, desgraciadamente, el 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 Sistema Nacional de Salud a través de la garantía efectiva y equitativa de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado, no ha constituido una prioridad para el legislador.

Por otro lado, es evidente que la publicación del RD 1207/2006, estuvo precedida y fuertemente condicionada por otra norma central en la materia que estamos abordando, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, a la que aludiremos a continuación de manera más pormenorizada.

En este momento, nos interesa detenernos en el procedimiento que el RD 1207/2006 estableció de cara a la compensación interterritorial de los gastos sanitarios. En primer lugar, se concretan las actividades que serán objeto de compensación por el Fondo de Cohesión Sanitaria (Art. 2)[12]:

a) Asistencia sanitaria a pacientes residentes en España derivados entre comunidades autónomas.

b) Asistencia sanitaria a asegurados desplazados a España en estancia temporal, con derecho a asistencia a cargo de otro Estado, que pertenezcan a países de la Unión Europea o a otros con los cuales España tenga firmados acuerdos bilaterales en esta materia.

c) Asistencia sanitaria a pacientes residentes en España derivados entre comunidades autónomas para su atención en centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud.

d) Asistencia a pacientes residentes en España, de acuerdo con lo previsto en el artículo 3.1 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema

[11] "(…) así como 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".

[12] En 2016, se suspendió la aplicación de los apartados a, b, c y d del art. 2.1 del RD 1207/2006, de 20 octubre. La compensación a realizar en los supuestos de asistencia sanitaria prestada a pacientes residentes en España derivados entre Comunidades Autónomas e INGS y a asegurados desplazados a España en estancia temporal, con derecho a asistencia sanitaria a cargo de otro Estado, previstas en los a), b), c) y d) del art. 2.1 del RD 1207/2006, así como la cubierta por el Fondo de Garantía Asistencial, se ha realizado, en base a la compensación de los saldos positivos o negativos resultantes de las liquidaciones realizadas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, a través del INGS tomando como período de referencia la actividad realizada en el año anterior (DA 71ª Ley 48/2015).

Nacional de Salud, como consecuencia de la aplicación de las técnicas, tecnologías y procedimientos cuyo uso tutelado sea autorizado en desarrollo de lo previsto por el artículo 22 de esa misma Ley.

En segundo término, esta norma contiene unos Anexos, actualizados periódicamente, en los que se concreta el coste medio de las prestaciones sanitarias (hospitalarias, ambulatorias, etc.), se identifican los centros de referencia a nivel nacional y se establece el porcentaje en que podrán ser compensables los gastos que genere la asistencia sanitaria prestada por las Comunidades Autónomas en una serie de supuestos enumerados por la norma (última actualización O.SSI/2204/2014, de 24 de noviembre). En general, la cuantía de la compensación se fija en el porcentaje del 80 por 100 calculado sobre el coste medio fijado (la norma alude a "coste medio" y "coste compensable")

Como adelantábamos, en el recorrido legislativo de la coordinación sanitaria, ocupa un lugar destacado la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. ¿Cuáles fueron las novedades más relevantes que introdujo esta norma en nuestro Ordenamiento Jurídico?

a) La consolidación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (creado por la LGS) "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 Sistema Nacional de Salud a través de la garantía efectiva y equitativa de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado" (art. 69.1 de la Ley 16/2003).

b) La regulación de los denominados "servicios de referencia" (art. 28). Se encomienda al Consejo Interterritorial la designación, concreción numérica y ubicación estratégica de los centros, servicios y unidades de referencia. Estos servicios de referencia constituyen una figura clave de cara a la consecución de una coordinación sanitaria de calidad, eficaz y eficiente. Su financiación corre a cargo del Fondo de cohesión, tendrán que actuar de manera planificada y con la finalidad de prestar atención a aquellas patologías que precisen una concentración de recursos diagnósticos y terapéuticos. a fin de garantizar la calidad, la seguridad y la eficiencia asistenciale

Posteriormente, del RD 16/2012 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, creó el Fondo de Garantía Asistencial, con naturaleza extrapresupuestaria[13], destinado a la compensación entre Comunidades Autónomas y ciudades de Ceuta y 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 dicha condición de asegurado en sus desplazamientos temporales.

La situación económica y la ausencia de interés político, han hecho mella en estas figuras relegando todos estos objetivos a un segundo plano[14]. Tanto es así que en el pasado, el Fondo de cohesión sanitaria llegó a estar dotado con 150 millones de euros. En 2016 no se destinó ni un solo euro a este fin, en 2017 se dotó nuevamente la partida, con una cuantía exigua, (3,76 millones de euros y 7,38 para Ceuta y Melilla)[15]. Con anterioridad, se estaba tramitando la modificación (anunciada en

[13] Desde 2013, las sucesivas leyes de Presupuestos Generales del Estado, otorgan carácter extrapresupuestario al Fondo de Cohesión Sanitaria.

[14] La implementación del Fondo de Garantía Asistencial (FOGA), previsto por el art. 3 del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril (figura destinada a sustituir al Fondo de Cohesión Sanitaria) se ha ido posponiendo sucesivamente durante años.

[15] Durante la tramitación de los Presupuestos generales del Estado para 2018 (Gobierno PP), se rechazaron en sede parlamentaria todas las enmiendas presentadas por grupos de la oposición para dotar con más recursos el Fondo de Cohesión Sanitaria. En marzo de 2018, según datos del Ministerio de Sanidad, se autorizó el pago al Fondo de

numerosas ocasiones y proyectada desde 2015) del RD 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria, así como la concreción de la gestión del Fondo de Garantía Sanitaria (nunca desarrollado reglamentariamente). Sucesivamente, se han ido publicando las diferentes Órdenes que actualizan los Anexos I, II y III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre (actualmente, se trata de la Orden SND/1505/2021, de 21 de diciembre, BOE de 3 de enero de 2022)[16].

La Resolución de 17 de noviembre de 2020[17], 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, emerge como un documento de gran valor en relación al presente estudio. En el mismo, se coloca el foco en los principales problemas que se detectan en el funcionamiento del Fondo de Cohesión Sanitaria. Sin ánimo de exhaustividad, las deficiencias más notables que se señalan en el Informe del Tribunal de Cuentas, son las siguientes:

a) Se insta al Ministerio de Sanidad a:

   - Acometer una modificación normativa que garantice, realmente, la igualdad efectiva de acceso a la prestación sanitaria en todo el territorio nacional;
   - 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.

b) A las Comunidades Autónomas, las compele 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.

La lectura integrada de los textos normativos mencionados conduce a afirmar de manera taxativa que este sistema de compensación interterritorial adolece de múltiples y graves defectos, los cuales resultan evidentes y aparecen plasmados de manera inequívoca en la documentación que muestra la fiscalización de las cuentas de las Comunidades Autónomas.

Garantía Asistencial de 38 millones de euros (aunque existen numerosas interpelaciones parlamentarias sobre la falta de ejecución de esta dotación).

[16] Este es el procedimiento a través del cual el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud ha continuado acordando y revisando patologías, técnicas, tecnologías o procedimientos para los que es necesario designar Centros, Servicios o Unidades de Referencia (CSUR) en el Sistema Nacional de Salud y los criterios que deben cumplir éstos para ser designados como de referencia. Del mismo modo, se concreta la cuantía del coste a financiar en cada caso

[17] BOE 29 de enero de 2021.

3. LA DESCENTRALIZACIÓN TERRITORIAL DEL DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA. CARTERA DE SERVICIOS COMUNES Y CARTERAS DE PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

3.1. Catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud. La Cartera de Servicios Comunes

El Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, definió en su momento los derechos de los usuarios del sistema sanitario a la protección de la salud al regular, de forma genérica, las prestaciones facilitadas por el sistema sanitario público[18].

La concreción del contenido de la asistencia sanitaria será acometida por la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, sentando las bases del nuevo modelo en el art. 7.1:

- 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
- Se consideran prestaciones de atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación y de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos.
- Se concretan las prestaciones que comprenderá el catálogo: correspondientes a salud pública, atención primaria, atención especializada, atención sociosanitaria, atención de urgencias, la prestación farmacéutica, la ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario.

El diseño de este Catálogo se construye sobre una herramienta básica, la cartera de servicios comunes, definida inicialmente por el art. 8 de la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, desarrollada por el 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 su actualización y modificada parcialmente por el 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[19]. El art. 8.1 de la Ley 16/2003, define la cartera de servicios comunes como el "conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias"[20].

La cartera común de servicios se articula en torno a tres modalidades (art. 8.2 Ley 16/2003):

---

[18] La norma, ya derogada, contenía una serie de Anexos en los que se enumeraban las Prestaciones sanitarias, facilitadas directamente a las personas por el Sistema Nacional de Salud y financiadas con cargo a la Seguridad Social o fondos estatales adscritos a la sanidad (Anexo I); la *Asistencia sanitaria cuyo importe ha de reclamarse a los terceros obligados al pago* (Anexo II); y las *Prestaciones no financiables con cargo a la Seguridad Social o fondos estatales destinados a la asistencia sanitaria* (Anexo III).

[19] *Vid.* Blasco Lahoz, J.F. «Modificaciones en materia de asistencia sanitaria consecuencia del RD-L 26/2012, de 20 de abril», *Revista de Información Laboral* , núm. 11, 2012, pág. 22.

[20] Para ser incluidos como parte de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, las técnicas, tecnologías o procedimientos deberán reunir todos los requisitos siguientes: a) Contribuir de forma eficaz a la prevención, al diagnóstico o al tratamiento de enfermedades, a la conservación o mejora de la esperanza de vida, al autovalimiento o a la eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento; b) Aportar una mejora, en términos de seguridad, eficacia, efectividad, eficiencia o utilidad demostrada, respecto a otras alternativas facilitadas actualmente; c) Cumplir las exigencias que establezca la legislación vigente en el caso de que incluyan la utilización de medicamentos, productos sanitarios u otros productos (art. 5.3 RD 1030/2006).

a) Cartera común básica de servicios asistenciales, que comprende todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, así como el transporte sanitario urgente, cubiertos de forma completa por financiación pública[21] (art. 8 bis 1 de la Ley 16/2003, añadido por el art. 2.2. del Real Decreto-Ley 16/2012 de 20 de abril). Resulta interesante destacar que se alude expresamente a la garantía de accesibilidad y equidad para toda la población cubierta (art. 8 bis 2 Ley 16/2003).

b) Cartera común suplementaria: incluye todas aquellas prestaciones cuya provisión se realiza mediante dispensación ambulatoria y están sujetas a aportación del usuario, en concreto: prestación farmacéutica; prestación ortoprotésica; prestación con productos dietéticos; transporte sanitario no urgente, sujeto a prescripción facultativa, por razones clínicas y con un nivel de aportación del usuario acorde al determinado para la prestación farmacéutica (art. 8 ter de la Ley 16/2003, añadido por el art. 2.3 del Real Decreto-Ley 16/2012).

c) Cartera común de servicios accesorios: abarca todas aquellas 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, estando sujetas a aportación y/o reembolso por parte del usuario (art. 8 quáter de la Ley 16/2003, añadido por el art. 2.4 del Real Decreto-Ley 16/2012).

A los efectos que nos ocupan, de cara a la garantía de igualdad y equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias incluidas en el Sistema Nacional de Salud, nos interesa subrayar lo dispuesto en diferentes preceptos de los textos normativos implicados:

- El art. 3.2 de la Ley 14/1986 General de Sanidad, dispone que "la asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva". Y añade en el art. 3.3 que "La política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales".
- Se establece como principio general de la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, entre otros, la prestación de servicios a los usuarios en condiciones de igualdad efectiva y calidad (art. 2 a).
- Los titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria serán (art. 3 de la Ley 16/2003, tras la redacción dada por el RD 16/2012, de 15 de mayo; posteriormente modificado por el Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud[22]): los nacionales españoles; los

[21] El contenido concreto de la cartera, se recoge en los Anexos I (Cartera de servicios comunes de salud pública), II (Cartera de servicios comunes de atención primaria), III (Cartera de servicios comunes de atención especializada), IV (Cartera de servicios comunes de prestación de atención de urgencia), V (Cartera de servicios comunes de prestación farmacéutica), VI (Cartera de servicios comunes de prestación ortoprotésica) ,VII (Cartera de servicios comunes de prestación con productora dietéticos) y VIII (Cartera de servicios comunes de prestación de transporte sanitario) del RD 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece a cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización

[22] No podemos por menos que mencionar siquiera la buena noticia que constituye el regreso a los postulados originarios de nuestro sistema sanitario, construidos sobre el aseguramiento universal y público por parte del Estado. La involución que supuso la entrada en vigor del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril al excluir, con carácter general, de la asistencia sanitaria a los extranjeros en situación de irregularidad administrativa se ha revertido a través de la reforma operada de la mano del Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, que en su Exposición de Motivos manifiesta que se trata de "una necesidad urgente e inmediata, tanto en términos de salud individual y colectiva, ya que se debe asegurar que se adoptan las medidas para prevenir los riesgos potenciales que para la salud pública conlleva la no asistencia a colectivos que hayan fijado su residencia en España, como por el cumplimiento de los mandatos internacionales y la necesaria seguridad jurídica, cohesión social, coordinación y armonización de

extranjeros con residencia legal en España; quienes tengan atribuido este derecho en España en aplicación de los reglamentos comunitarios de coordinación de sistemas de Seguridad Social o de los convenios bilaterales que comprendan la prestación de asistencia sanitaria, tendrán acceso a la misma, siempre que residan en territorio español o durante sus desplazamientos temporales a España, en la forma, extensión y condiciones establecidos en las disposiciones comunitarias o bilaterales indicadas; asimismo, se podrá tener reconocido el derecho a la asistencia sanitaria en España por cualquier otro título jurídico, aun no teniendo su residencia habitual en territorio español, siempre que no exista un tercero obligado al pago de dicha asistencia.

- El RD 1192/2012, de 3 de agosto, regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud. Conforme a este texto normativo, las personas que ostenten la condición de aseguradas o de beneficiarias tendrán garantizada la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, la cual se hará efectiva por las administraciones sanitarias competentes mediante la expedición de la tarjeta sanitaria individual.

- Especialmente relevante resulta el contenido del art. 2.4 del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización Los usuarios del Sistema Nacional de Salud. En el mismo se incide en el derecho de los usuarios a acceder en condiciones de igualdad efectiva a la cartera de servicios comunes (por indicación clínica o sanitaria) y ello con independencia de que en el ámbito geográfico en el que residan, se disponga o no de la técnica, tecnología o procedimiento en cuestión. El legislador impone a los servicios de salud que no puedan ofrecer alguna de las técnicas, tecnologías o procedimientos contemplados en esta cartera en su ámbito geográfico el deber de implementar las herramientas necesarias para informar a los usuarios y remitirlos a otro servicio de salud que sí disponga de los mismos (exigiendo la previa coordinación entre los servicios de salud implicados).

En definitiva, lo que el legislador garantiza a los titulares del derecho a la asistencia sanitaria pública en cumplimiento de los principios de igualdad efectiva y equidad, es el acceso a las prestaciones recogidas en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud. En términos generales, sólo en el supuesto de que el servicio de salud autonómico del lugar de residencia del usuario, no disponga de alguno de los servicios (técnica, tecnología o procedimiento) comprendidos en la mencionada cartera, se abrirá la posibilidad de desplazarse a otro territorio para recibir la atención sanitaria prescrita.

3.2. Las Carteras de Servicios Complementarias de las Comunidades Autónomas

¿Cuál es el margen de actuación que la legislación permite a las Comunidades Autónomas en materia de asistencia sanitaria?

La Ley 16/2003 condiciona la existencia de carteras de servicios complementarias de las Comunidades Autónomas, al hecho de que exista "suficiencia financiera" para ello. El art. 8 quinquies de la Ley 16/2003[23], dispone que las Comunidades Autónomas, en el ámbito de sus competencias, podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios. Para ello el legislador establece un requisito

las actuaciones llevadas a cabo por las comunidades autónomas. Así, en virtud de este texto normativo, se añade a la Ley 16/2003 un artículo, el 3 ter, que en su núm. 1 dispone que "las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española".

[23] Añadido por 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.

central: deberán destinar los recursos económicos necesarios para asegurar la financiación de la cartera común de servicios, siendo preceptiva, para la aprobación de la cartera de servicios complementaria, la garantía previa de suficiencia financiera de la misma en el marco del cumplimiento de los criterios de estabilidad presupuestaria. De acuerdo con la jurisprudencia constitucional, "la exigencia de que las Comunidades Autónomas acrediten condiciones de suficiencia financiera en el marco del principio de estabilidad presupuestaria deriva directamente del artículo 135 CE, al disponer que "todas las Administraciones Públicas adecuarán sus actuaciones al principio de estabilidad presupuestaria" (STC 139/2016, de 21 de julio).

El legislador ha reconocido un papel muy limitado en relación a esta materia al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que únicamente estará facultado para "emitir recomendaciones" sobre las prestaciones complementarias que se arbitren en el marco de las competencias autonómicas.

A la vista de lo expuesto y dadas las circunstancias económicas y la delicada situación que están atravesando las Comunidades Autónomas por lo que a financiación se refiere, el margen de actuación por lo que a este punto se refiere resulta, de facto, bastante limitado

Formalmente, las carteras de servicios autonómicas incluirán:

- La cartera común de servicios del SNS en sus modalidades básica de servicios asistenciales, suplementaria y de servicios accesorios, la cual debe garantizarse a todos los usuarios del mismo;
- Asimismo podrán incorporar en sus carteras de servicios, una técnica, tecnología o procedimiento no contemplado en la cartera común de servicios del SNS, para lo cual establecerán los recursos adicionales necesarios (arts. 8 quinquies.2 de la Ley 16/2003). Ello está condicionado a que la Comunidad Autónoma en cuestión asuma, con cargo a sus propios presupuestos, todos los costes de aplicación de la cartera de servicios complementaria a las personas que tengan la condición de asegurado o de beneficiario del mismo (art. 8 quinquies.7 de la Ley 16/2003)

Este sería en síntesis el organigrama del sistema que no podemos perder de vista a la hora de determinar a qué prestaciones sanitarias tenemos derecho conforme al Sistema Nacional de Salud español. Partimos de un sistema sanitario descentralizado, en el que la cohesión y la coordinación se plantean sistemáticamente como un objetivo a alcanzar, sin que este compromiso se suscriba eficazmente llegado el momento

Tal y como se ha conformado normativamente el modelo, la prioridad del Sistema Nacional de Salud debería ser la configuración de una Cartera de servicios comunes lo más amplia, actualizada, eficaz y eficient posible. La consecución de los principios de igualdad y equidad que conjuran las desigualdades territoriales en materia de asistencia sanitaria únicamente se puede construir sobre una concepción amplia de qué debe considerarse como básico en el contexto de la protección de la salud. En ningún caso, "básico" debe interpretarse como sinónimo de "mínimo", tal concepción es inadmisible por el interés de los bienes jurídicos en juego.

El hecho de que las competencias en materia sanitaria se hayan reconocido en el texto constitucional del modo en el que se ha hecho, no debería plantear mayores problemas si efectuamos una interpretación integradora de los diferentes preceptos implicados, especialmente aquellos contenidos en la legislación ordinaria.

Efectivamente, resulta perfectamente acorde a los postulados constitucionales y a la legislación ordinaria que las Comunidades Autónomas, en su ámbito competencial, y justificando la suficiencia financiera para acometer una medida de este calibre, opten por ampliar sus prestaciones sanitarias incardinándolas en su cartera complementaria. De manera puntual, como es lógico, el ejercicio de esta

competencia autonómica puede provocar diferencias territoriales en materia de asistencia sanitaria. Sin embargo, desde nuestro punto de vista, existen ya mecanismos que tendrían el potencial de transformar esta realidad en algo positivo, como tendremos ocasión de comentar más adelante.

3.3. Las desigualdades territoriales en materia de prestaciones sanitarias: problemas prácticos y propuestas de mejora

A la luz de lo expuesto, resulta evidente que en materia de asistencia sanitaria, existe una palpable heterogeneidad desde la perspectiva territorial, lógica consecuencia de la conformación tanto constitucional como legal del Sistema Nacional de Salud. En nuestra mano está integrar las diferencias de manera pacífica y coherente, asumiendo las lógicas diferencias entre autonomías y trabajando para que en los casos en los que la diferencia de trato entre usuarios no resulten justificadas en base a criterios objetivos y razonables, se pueda avanzar a través de los mecanismos ya previstos -pero no implementados adecuadamente- en materia de calidad, equidad e igualdad interterritorial. Es imprescindible reforzar la figura del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y blindar presupuestariamente con cuantías adecuadas tanto el Fondo de Cohesión Sanitaria como el Fondo de Garantía Asistencial.

Entre tanto, no hay otra opción que poner de manifiesto donde se encuentran las principales diferencias territoriales en materia sanitaria constatadas en documentos extrajurídicos[24]:

a) Las listas de espera. Uno de los preceptos centrales de la Ley 16/2003 es el art. 4.b, en virtud del cual constituye un derecho de los ciudadanos en el conjunto del Sistema Nacional de Salud "recibir asistencia sanitaria en su Comunidad autónoma de residencia en un tiempo máximo" [25]. Este precepto hay que interpretarlo conforme a lo establecido en el art. 25.1 la Ley 16/2003, el cual dispone que "en el seno del Consejo Interterritorial se acordarán los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, que se aprobarán mediante Real Decreto. Las Comunidades autónomas definirán los tiempos máximos de acceso a su cartera de servicios dentro de dicho marco".

El Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, es el texto normativo en el que se establecen los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud y las normas de garantías de tiempos de espera vigentes en cada Comunidad Autónoma.[26]

---

[24] (Informes del Defensor del Pueblo de los últimos diez años y Barómetro del CIS).

[25] El precepto también regula el derecho a disponer de una segunda opinión facultativa y a recibir por parte del servicio de salud de la comunidad autónoma en la que se encuentre desplazado, la asistencia sanitaria del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud que pudiera requerir, en las mismas condiciones e idénticas garantías que los ciudadanos residentes en esa comunidad autónoma (art. 4 a y c) Ley 16/2003.

[26] Artículo 4 RD 1039/2001. Criterios marco para garantizar tiempos máximos de acceso.

1. En el anexo se recogen los tiempos máximos de acceso, garantizados a todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud, para la realización de determinadas intervenciones quirúrgicas que se han seleccionado aplicando los siguientes criterios: a) Gravedad de las patologías motivo de la atención: Patologías que en su evolución posterior originan riesgo de muerte o de discapacidad o disminuyen de forma importante la calidad de vida. b) Eficacia de la intervención: La intervención quirúrgica es eficaz para aumentar la supervivencia, disminuir la discapacidad o mejorar la calidad de vida del usuario. c) Oportunidad de la intervención: Su realización temprana evita la progresión de la enfermedad o las secuelas de la misma.

2. Los servicios de salud de las comunidades autónomas concretarán en su ámbito territorial las garantías previstas en este real decreto, estableciendo unos tiempos máximos de acceso para la atención sanitaria programable. Para ello, utilizarán como referente los tiempos máximos establecidos en el anexo y tendrán en cuenta si los procesos o patologías a los que van dirigidos las intervenciones tienen un especial impacto en la salud o en la calidad de vida del usuario.

El citado Anexo es breve, y únicamente hace referencia a:

Esta previsión normativa, alude a las tristemente conocidas "listas de espera" y queda manifiestamente claro que estos tiempos de acceso a las carteras de servicios variarán en función del territorio. Este hecho se encuentra directamente vinculado al alcance de la expresión "plazo justificable desde el punto de vista médico" (Reglamentos de coordinación), "teniendo en cuenta el estado de salud de cada paciente y la posible evolución de su enfermedad" (Directiva 2011/24/UE). La apreciación que la institución competente efectúe de este requisito, será decisiva de cara la concesión de la autorización previa (si procede) y la ejecución del posterior derecho al reembolso de los gastos médicos.

b) De acuerdo con la documentación consultada, las prestaciones sanitarias sobre las que de manera recurrente se vienen observando más desigualdades territoriales serían, junto a las listas de espera: atención primaria y especializada; dotaciones de aparatos de Alta Tecnología Médica-ATM (tales como aceleradores de partículas, salas de hemodinámica, gammacámaras, equipos de tomografía axial, etc., concentrados básicamente en Madrid, Cataluña, Comunidad Valenciana y Andalucía); oferta geriátrica y oferta de psiquiatría.

Indudablemente nos enfrentamos a una realidad compleja, que sin embargo podría recomponerse. El legislador es perfectamente consciente de la relevancia de la correcta integración de las cuestiones territoriales que permanecen aún abiertas conforme al diseño actual del Estado español. Por el momento, en tanto se avanza (o no) en la reconfiguración constitucional del Estado, en relación a la protección de la salud y el derecho a recibir prestaciones sanitarias en condiciones equitativas, el camino está ya señalado. No habría que introducir grandes reformas en la legislación vigente -sí alguna modificación concreta en relación a las funciones del Consejo Interterritorial, la eficacia jurídica de sus acuerdos (adoptados democráticamente por mayoría cualificad) y la conversión de la naturaleza extrapresupuestaria de los Fondos destinados a la compensación entre Comunidades Autónomas-. Simplemente se trataría de ejecutar realmente lo ya previsto y para ello, el requisito esencial, es la financiación. Es inviable defender vehementemente la cohesión del Sistema Nacional de Salud, la coordinación a nivel territorial, sin que ello tenga traducción palpable en la atribución de recursos.

Las propuestas de mejora concretas que compartimos en este estudio, se podrían sintetizar del siguiente modo:

a) Fortalecer la figura del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, pieza clave de la gestión coordinada de la asistencia sanitaria en nuestro país:

   - Una de las lecciones que deberíamos haber aprendido durante la pandemia es que la descentralización territorial no puede ser sinónimo de descoordinación, falta de previsión y desconcierto. La cogobernanza entre el Estado y las Comunidades Autónomas, emerge así como un elemento clave de una gestión eficaz de la protección de la salud en general y de la emergencia sanitaria en particular. Es incuestionable que este Consejo ha experimentado un evidente y necesario redimensionamiento, al haberse convertido en la pieza clave de

Intervenciones quirúrgicas	Tiempo máximo de acceso (días naturales)
Cirugía cardíaca valvular	180
Cirugía cardíaca coronaria	180
Cataratas	180
Prótesis de cadera	180
Prótesis de rodilla	180

3. Los tiempos máximos de acceso señalados en el anexo de este real decreto serán objeto de monitorización a través del sistema de información regulado en el Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud.

la gestión coordinada de la crisis sanitaria. Si antes de la pandemia veníamos señalando la necesidad de mejorar el funcionamiento del Consejo, en el momento presente ha quedado claro que no es una opción, sino un imperativo. Hemos asistido en durante el punto álgido de la crisis sanitaria a situaciones realmente paradójicas, en las que se ha llegado a poner en duda el carácter ejecutivo de los acuerdos adoptados en el seno de este órgano. Conforme al Reglamento de Funcionamiento del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (aprobado en la sesión plenaria de 23 de julio de 2003), "los acuerdos del Consejo (…) se plasmarán a través de recomendaciones que se aprobarán, en su caso, por consenso" (art. 14). Interpretar, como se ha llegado a hacer fervientemente, que consenso es sinónimo de unanimidad, resulta del todo inaceptable y conduciría a la parálisis e inoperatividad de este órgano, que podría ver su actuación cercenada por el solo voto en contra de alguna de las Comunidades Autónomas, con las consecuencias irreparables que una actuación de esta naturaleza podría desplegar cuando lo que está en juego es la salud pública[27].

b) Adicionalmente, de manera complementaria, habría que repensar las funciones del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Un órgano de esta naturaleza, no debería limitarse a elaborar simples "recomendaciones"; su labor debería ir mucho más allá, efectuando tareas imprescindibles de análisis y evaluación de las prestaciones sanitarias incluidas en la cartera complementaria autonómica por encima de lo previsto en la cartera de servicios comunes. La coordinación en materia sanitaria no debe ser únicamente un objetivo programático, ha de materializarse en acciones concretas. La incorporación de una prestación sanitaria en una o varias Comunidades Autónomas, cuando no está prevista para el resto del territorio nacional, debería analizarse bajo otro prisma: la propuesta sería huir del discurso de los agravios comparativos para estudiar si por las características concretas de ese territorio una prestación sanitaria es imprescindible (y sin embargo en otra Comunidad Autónoma no lo es). Si por el contrario se trata simple y llanamente de una mejora que beneficia a los usuarios de un servicio de salud autonómico respecto a una dolencia que carece de carácter territorial, su inclusión en la cartera autonómica complementaria debería actuar como avanzadilla de cara al futuro, esto es, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud debería acogerla como una futura prestación de la cartera común de servicios (evaluando el coste y señalando plazos concretos para que esto se materializase). Para ello habría que reconocer carácter vinculante a los acuerdos del Consejo, arbitrando un procedimiento de funcionamiento específico, algo perfectamente viable

[27] La permanente resistencia y puesta en cuestión de la eficacia y ejecutividad de los acuerdos adoptados en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, se expresa de manera permanente auspiciada por algunas formaciones políticas. Resulta interesante llegados a este punto, señalar que la Sección Cuarta de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo ha denegado la suspensión cautelar pedida por el grupo parlamentario VOX y por su portavoz, Rocío Monasterio, del Decreto 22/2021, de 12 de marzo, de la Presidenta de la Comunidad de Madrid, que estableció el cierre perimetral de la comunidad autónoma durante el Puente de San José y Semana Santa en los términos aprobados para todas las comunidades, excepto Baleares y Canarias, por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 10 de marzo dentro de las medidas frente al COVID. La Sala concluye que el interés público relevante que debe prevalecer es el general que anima a la disposición dictada por la Presidenta de la Comunidad Autónoma de Madrid, objeto de este recurso. "Y, situados en la necesidad de discernir si deben prevalecer cautelarmente unas medidas reputadas más exigentes frente a otras consideradas menos intensas, siendo notoria la persistencia de la pandemia y habiendo tenido por acreditado la Sala que uno de los factores que favorecen la difusión de la enfermedad es el contacto interpersonal que facilitan los desplazamientos, a falta de otros argumentos, es razonable optar ahora por la solución que expresa mayor prudencia".

c) Otra figura central en el modelo coordinado de asistencia sanitaria que proponemos, sería la de los servicios de referencia. La normativa estudiada efectúa un diseño formalmente ambicioso de estos centros, unidades o servicios, que nuevamente nos reconducen al papel del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Un uso adecuado de la posibilidad arbitrada por el legislador de contar con estos servicios en número suficiente, estratégicamente ubicados (función encomendada al Consejo Interterritorial), solventaría una parte importante de los problemas existentes en materia de coordinación. Debemos formularnos algunas preguntas si realmente defendemos la implementación de los servicios de referencia con el alcance previsto en la normativa vigente. ¿Es eficiente contar con uno o varios centros de estas características en todas y cada una de las Comunidades Autónomas? La respuesta es evidentemente negativa. Hay que apostar por la equidad, pero también por la calidad o excelencia, la especialización, la seguridad, la eficacia y la eficiencia de los servicios de salud que se configuren como "de referencia". En la actualidad, son múltiples los centros, servicios y unidades del Sistema Nacional de Salud distribuidos por el territorio nacional[28]. El principal escollo con el que se encuentran es el hecho de que su financiación corresponde al Fondo de Cohesión Sanitaria, al que ya hemos aludido en un momento anterior.

d) Y eso nos conduce a la cuarta propuesta. El Fondo de Cohesión Sanitaria debe constituir una prioridad para el legislador. En tanto no se apueste firmemente por esta figura, central para alcanzar el objetivo de la coordinación territorial en materia sanitaria, avanzar en materia de desigualdades territoriales constituirá una quimera. Y para ello sólo existe una fórmula: la dotación presupuestaria adecuada y suficiente. Otro tanto cabe decir del Fondo de Garantía Asistencial, cuya naturaleza extrapresupuestaria desemboca en una tremenda inseguridad jurídica. Resulta absolutamente impredecible cual va a ser la política gubernamental en torno a los recursos que se destinen al mismo, algo inadmisible en el ámbito de las políticas públicas vinculadas a la salud. Si el Fondo llamado a compensar a las Comunidades Autónomas no cumple su función, mal se puede avanzar en materia de cohesión y coordinación sanitaria, que serán sólo palabras.

Es evidente que nuestro sistema público de asistencia sanitaria, adolecía de defectos esenciales en lo referente a personal, recursos materiales, políticas de prevención y herramientas eficaces de coordinación y cohesión interterritorial. Lo cierto es que veníamos señalando desde hace años, las desigualdades territoriales y el deficiente funcionamiento de los mecanismos previstos en la legislación española para avanzar en materia de coordinación y cohesión sanitaria. La pandemia no ha hecho sino evidenciar aún más dejar estas carencias, que se han agravado de manera exponencial en la situación de emergencia sanitaria. Debemos extraer enseñanzas positivas de los errores cometidos, no hay más alternativa que asumir lo irreparable que ha acontecido en el pasado; sin embargo, es imprescindible defender que debemos propiciar, de cara al futuro más inmediato, desde todas las instituciones, un debate constructivo que desemboque en modificaciones legislativas de calado en la normativa reguladora de la asistencia sanitaria en la versión descentralizada que opera en nuestro país. El respeto a las competencias autonómicas, ha de ser compatible con la implementación de mecanismos de coordinación y cohesión interterritorial adecuados, gestionados en base al principio de cogobernanza, suficientemente financiados y operativos (reforzando la ejecutividad de los acuerdos adoptados en el seno de los órganos competentes).

Resulta ineludible avanzar en la construcción de la noción de "interés colectivo sanitario" nacional, comunitario e internacional, fundamentado en políticas preventivas, y no solo reparadoras,

[28] La información sobre patologías o procedimientos contemplados, distribuidos en centros, servicios o unidades en diferentes Comunidades Autónomas disponible en la página web del Ministerio: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/CentrosDeReferencia/home.htm (consulta realizada el 17 de marzo de 2021)

porque de ello va a depender la solvencia de las respuestas que en el futuro inmediato ofrezcamos a las situaciones de necesidad de la ciudadanía.

BIBLIOGRAFÍA

Antoñanzas Villar, F.: «La Ley de Cohesión y Calidad en el Sistema Nacional de Salud», Gaceta Sanitaria, vol.17 nº. 4 Barcelona jul./ago. 2003.

Blasco Lahoz, J.F.: «Modificaciones en materia de asistencia sanitaria consecuencia del RD-L 26/2012, de 20 de abril», *Revista de Información Laboral* , núm. 11, 2012.

Montoya Melgar, A.: «Asistencia sanitaria: de la Seguridad Social al Sistema Nacional de Salud (Apunte para un estudio)», *Aranzadi Social*, 5/2004, BIB 2004\542.

VV.AA. (Dir. 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*, Granada, Comares, 2019.

nº Extraordinario 4
ISSN: 2386-7191 – ISSNe: 2387-0370

El derecho de información de los usuarios o pacientes. Más allá del consentimiento informado[1]

The right to information of users or patients. Beyond informed consent

José Manuel Jiménez Rodríguez *Profesor de la Universidad de Huelva*

Resumen

La información al usuario/paciente es un aspecto esencial en el marco de la relación médico-paciente, que exige la motivación intrínseca de sus integrantes, así como que esta se produzca de manera simétrica. Desde sus orígenes, la relación médico-paciente se ha visto marcada por condicionantes como lo son la supremacía clínica y la aceptación y acatamiento de las recomendaciones interpuestas por aquel en su ejercicio profesional. Hoy día la información con el usuario/paciente se halla respaldada jurídicamente, como consecuencia de la implantación de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, así como de normativas de carácter autonómico y procedimientos operativos estandarizados. Se analizan también en este estudio el consentimiento informado, como instrumento que promueve y garantiza el derecho a la autodeterminación clínica del usuario/paciente; el testamento vital, instrucción previa o voluntad vital anticipada, que permite al usuario/paciente dejar constancia, por escrito, de sus preferencias sanitarias respecto de los tratamientos que desea le sean aplicados conforme a la normativa vigente y la *lex artis*; y la comunicación de malas noticias, que exige el conocimiento de una serie de instrucciones y recomendaciones que sirvan de guía para la intervención, de modo que dicha noticia ocasione el menor impacto posible en el paciente y sus familiares.

Abstract

Information to the user/patient is an essential aspect in the framework of the doctor-patient relationship, which requires the intrinsic motivation of its members, as well as that it be produced in a symmetrical manner. From its origins, the doctor-patient relationship has been marked by conditions such as clinical supremacy and the acceptance and compliance of the recommendations put forward by him in his professional exercise. Today, information with the user/patient is legally supported, as a consequence of the implementation of Law 41/2002, of 14 November, which regulates the autonomy of the patient and rights and obligations regarding information and clinical documentation, as well as autonomous regulations and standardized operating procedures. This study also discusses informed consent as an instrument that promotes and guarantees the right to clinical self-determination of the user/patient; the vital will, prior instruction or advance vital will, which allows the user/patient to record, in writing, their health preferences with regard to the treatments they wish to be applied to them in accordance with the current regulations and the lex artis; and the communication of bad news, which requires knowledge of a series of instructions and recommendations to guide the intervention, so that the news has the least impact on the patient and family members.

Palabras Clave

paciente; médico; información; consentimiento informado; testamento vital; comunicación; relación médico/paciente

Keywords

patient; doctor; information; informed consent; living will; communication; doctor/patient relationship

1. APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE INFORMACIÓN EN SALUD

Hablar de información en el ámbito de la salud exige enfocar la mirada hacia el proceso de salud-enfermedad, donde se establece la comunicación médico-paciente; o dado a que en la información se hallan implicadas otras categorías profesionales, se puede decir, profesional-usuario/paciente. Se entiende por información a la *"acción o efecto de informar"*. Del latín *"informāre"*, informar es el término que se define como el acto de *"enterar o dar noticia de algo"*(Real Academia Española [RAE], 2021., definición 1). Esta locución requiere de un análisis minucioso ya que, en el

[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

acto de informar, pueden existir limitaciones de participación. Si se trata de un acto unidireccional, quien recibe la información está exento de implicación, hecho que coarta su intervención en la posible toma de decisiones. Por su parte, hablar en términos de comunicación, locución del latín "communicāre", es hacer referencia al establecimiento de un diálogo en el que se encuentran implícitas varias personal. Dicha expresión se define como "hacer a una persona partícipe de lo que se tiene; descubrir, manifestar o hacer saber a alguien algo; consultar con otros un asunto, tomando su parecer" (RAE, 2021., definición 1, 2 y 6). Así, la comunicación en salud se convierte en un acto en el que el usuario/paciente es un agente activo de su proceso. Y toma decisiones conjuntas desde el conocimiento y la consulta al profesional en cuestión.

Hoy día se hace un uso indiscriminado de ambos términos para referirse a un mismo asunto. Pero hay que tener en cuenta que una mera nota informativa (afiche, panfleto, díptico, etc.) anuncia, advierte o notifica, en definitiva, informa al usuario/paciente y la ciudadanía en su conjunto. Más, lo exime de su comprensión y entendimiento.

En el ámbito de la salud es usual informar a la ciudadanía sobre la cartera de derechos y deberes, el catálogo de servicios y prestaciones, etc. Pero parece ser que esto, por sí solo, no garantiza la correcta información; o al menos su entendimiento. Sobre todo, cuando se hace referencia a usuarios/pacientes donde las barreras idiomáticas se tornan un problema, existen un bajo nivel de instrucción, etc.

La normativa nacional vigente relativa a la información del usuario/paciente habla de ésta como el acto que permite al individuo adquirir y ampliar sus conocimientos respecto de su propio estado de salud, la prevención, el cuidado de esta, entre otras cuestiones; datos a facilitar que han de ser acomodados a la idiosincrasia y características del usuario/paciente, y reforzados por el profesional cuando sea preciso y así se exija.

Finalmente, las distintas normativas internacionales, nacionales y autonómicas hablan en términos de información (clínica o médica) para referirse a la comunicación o diálogo entre el profesional y el usuario/paciente. De ahí que se mantenga dicha locución en el discurso del texto.

2. LA INFORMACIÓN DEL USUARIO O PACIENTE: ESTADO DE LA CUESTIÓN

La información al usuario/paciente es un aspecto a considerar en el marco de la relación médico-paciente. Dicha información exige la motivación intrínseca de sus integrantes, así como que esta se produzca de manera simétrica. Desde sus orígenes, la relación médico-paciente se ha visto marcada por condicionantes como lo son la supremacía clínica y la aceptación y acatamiento de las recomendaciones interpuestas por aquel en su ejercicio profesional. Tal circunstancia, revestida de cierta normalidad, reduce el margen de la incertidumbre y posiciona al usuario/paciente en una situación de subordinación; coyuntura que afecta a su derecho decisorio.

El pensamiento hipocrático generado en las ciencias médicas del momento consigna al usuario/paciente como un ser inferior, quien ha de asumir los mandatos establecidos por quien se considera un experto en la materia, es decir, la medicina. El hecho de estar enfermo, postrado, moribundo, etc., confiere al usuario/paciente vulnerabilidad, lo que lo hace ser visto como un ser débil sin capacidad para determinar. De este modo, la práctica clínica pone en duda tal capacidad y su propósito. Inclusive el usuario/paciente, asumiendo este rol, brinda al profesional de la salud la posibilidad de que actúe bajo un prisma conformado. Ejemplo de tal argumentación, base del juramento hipocrático, es el indicado en el Manual de Ética y Deontología Médica donde se recoge en un fragmento: *"doctor haga lo que Vd. crea conveniente, Ud. es el que entiende y está preparado"* (Organización Médica Colegial de España, 2012, p. 21).

Aunque situaciones como ésta se han ido modificando con el paso del tiempo, ganando protagonismo el derecho a la información, parece ser que aún quedan resquicios de lo que un día

fuese la hegemonía clínica. Siguiendo con el manual referenciado, el mismo establece en su contenido de forma literal:

La relación entre paciente y médico, incluso hoy en día que hay una mayor información y autonomía de los pacientes, sigue siendo una relación asimétrica, en la que la debilidad se encuentra con la fortaleza, el temor con la seguridad y la ignorancia con la ciencia. Por ello, la relación médico-paciente ha de estar presidida por el respeto a la integridad de la persona. Este respeto excluye toda manifestación de superioridad o arrogancia. Ahora bien, no es menos cierto que este respeto ha de ser mutuo […] (Organización Médica Colegial de España, 2012, p. 35).

Está claro que ha pasado a la Historia la actitud paternalista del médico y que la autonomía del paciente ha establecido una relación de igual a igual en el trato y en la toma de decisiones. Pero aun así el médico ocupa, de ordinario, una posición de autoridad que no le puede llevar a tratar a sus enfermos como si fuesen entes abstractos o seres humanos con menor capacidad para la comprensión de los temas relacionados con la salud. La dignidad personal obliga al médico a reconocer al paciente como alguien que es libre y con capacidad de comprensión: de allí nace el deber del médico de informarle acerca de su enfermedad […] (Organización Médica Colegial de España, 2012, p. 35).

Hoy día la información con el usuario/paciente se halla respaldada jurídicamente. Este respaldo se produce explícitamente como consecuencia de la implantación, en el marco del territorio español, de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, entre otras. A esta le siguen normativas de carácter autonómico, así como procedimientos operativos estandarizados; estos últimos, garantes de actos homogéneos en el proceder con el usuario/paciente. Otras normativas relacionadas con la información y la comunicación respecto de los derechos decisorios son aquellas relativas a la instrucción previa o al derecho de la dignidad de la persona en el proceso de muerte digna.

El Sistema de Información Sanitaria español ha de dar respuesta a las exigencias de colectivos como las autoridades sanitarias, los profesionales, la ciudadanía y las organizaciones y asociaciones vinculadas con la salud (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014). Como indica este mismo organismo:

> El Sistema de Información Sanitaria debe evolucionar desde los tradicionales modelos de explotación de datos independientes y descriptivos a un sistema que permita tratar la información de forma integrada y que, por lo tanto, genere conocimiento, de modo que el Sistema Nacional de Salud pueda posicionarse ventajosamente para dar respuesta a las exigencias de la sociedad a la que sirve y sortear las amenazas que limitan su correcto desarrollo. Debe dar un servicio eficaz a las Comunidades Autónomas para la gestión de los servicios sanitarios y lograr el reconocimiento de todos los sectores que integran el Sistema Nacional de Salud y de la propia sociedad (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014, p. 3).

Entre los contenidos del Sistema de Información Sanitaria se encuentra aquel que se vincula con la capacidad de respuesta a las necesidades y expectativas de los ciudadanos. Cabe destacar en este la calidad, equidad, continuidad, eficacia, etc., de los servicios de salud. También la información del paciente y su satisfacción sobre estos (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

3. MARCO NORMATIVO PARA LA INFORMACIÓN CON EL USUARIO O PACIENTE

La información en un derecho que descansa en normativas como la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Esta establece en su Título I, Capítulo II (sobre los principios generales), artículo 9, que: *los poderes públicos deberán informar a los usuarios de los servicios del sistema sanitario público, o vinculados a él, de sus derechos y deberes* (Ley Nº 14, 1986).

Por su parte, el artículo 10 esta misma norma pone de manifiesto que

> Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias: 1) Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de raza, de tipo social, de sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical; 2) A la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso; 3) A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público; 4) A ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar peligro adicional para su salud. […] (Ley Nº 14, 1986).

Tal circunstancia obliga a los sistemas sanitarios y sus profesionales a informar al usuario/paciente sobre la cartera de servicios, el catálogo de prestaciones, los procedimientos asistenciales, tratamientos, etc., así como a acogerse a la intimidad y confidencialidad de los datos que comprometan a este. También amplia los márgenes del derecho a la autonomía del usuario o paciente. De igual modo, con posterioridad a esta normativa, surgen directivas y recomendaciones de carácter europeo que contempla el derecho a la información y a la confidencial dad en el tratamiento de datos internacionales, entre lo que destacan los datos médicos[2].[3]

Asimismo, el derecho a la información se haya amparado por el Convenio del Consejo de Europa y al Instrumento de Ratifi ación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina). Dicho convenio queda suscrito en la ciudad de Oviedo con fecha de 4 de abril del año 1997, entrando en vigor el día 1 de enero del año 2000. El mismo se convierte en uno de los principales instrumentos reguladores de la información clínico-asistencial con el usuario/paciente, el consentimiento informado, etc. Denominado comúnmente como "Convenio de bioética", este cuenta con el respaldo de instrumentos de carácter internacional tales como la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales de 1950, etc.

Atendiendo a la naturaleza capitular y al articulado de este convenio, su Capítulo II (sobre el consentimiento), artículo 5 (reglas generales), pone de manifiesto la necesidad de informar al usuario/paciente previo a la realización de cualquier actuación clínica. Dicho artículo declara tácitamente que:

> Una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento. Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias […] (Instrumento de Ratificación, 1997).

Por su parte, el Capítulo III (sobre vida privada y derecho a la información), artículo 10 (vida privada y derecho a la información), establece la necesidad de garantizar al usuario/paciente toda la información necesaria que le permita tomas decisiones de manera correcta y con coherencia. Así, dicho artículo, en sus apartados 1 y 2, pone de manifiesto que

> Toda persona tendrá derecho a que se respete su vida privada cuando se trate de informaciones relativas a su salud. Toda persona tendrá derecho a conocer toda información

[2] Directiva 95/46/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 24 de octubre de 1995, relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos

[3] Recomendación nº R (97) 5, de 13 de febrero de 1997, del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados miembros sobre protección de datos médicos.

> obtenida respecto a su salud. No obstante, deberá respetarse la voluntad de una persona de no ser informada […] (Instrumento de Ratificación, 1997)

De igual modo, tal y como establece el apartado 3 de este artículo, la ley vigente podrá establecer restricciones a este derecho en cuestión cuando el fin sea proteger el interés del usuario/paciente.

Este convenio aboga a la información del usuario/paciente en cuestiones que exceden del consentimiento de este en la relación clínico-asistencial. De esta manera, la información del paciente se ve ampliada a otras esferas como la investigación clínica, los experimentos, la extracción de órganos y/o tejidos, etc. (arts. 15 al 20) (Instrumento de Ratificación, 1997)

En el año 2002 surge en España la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Esta se convierte en la primera normativa de carácter nacional que regula explícitamente todos aquellos aspectos relativos a la información clínica; hecho que confiere competencias específicas al usuario/paciente. No obstante, en el año 2000, Cataluña se convierte en la primera Comunidad Autónoma en incorporan a su aparato legislativo una norma garante del derecho a la información del paciente, su autonomía, intimidad, etc., adelantándose a la normativa nacional, aún vigente[4].

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente […], define la información clínica (art. 3) como: *todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla* (Ley Nº 41, 2002). En su Capítulo II (sobre el derecho de información sanitaria), esta norma determina las condiciones para que se produzca el derecho a la información asistencial, así como recoge quienes serán los titulares de derecho. De este modo, su artículo 4 (apartados 1 al 3) establece que:

Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia

[4] Ley 21/2000, de Cataluña, sobre los derechos de información relativos a la salud, la autonomía del paciente y la documentación clínica.
Capítulo II (sobre el derecho a la información);
Artículo 2. Formulación y alcance del derecho a la información.
1. En cualquier intervención asistencial, los pacientes tienen derecho a conocer toda la información obtenida sobre la propia salud. No obstante, se deberá respetar la voluntad de una persona de no ser informada.
2. La información ha de formar parte de todas las actuaciones asistenciales, ha de ser verídica y se ha dar de forma comprensible y adecuada a las necesidades y requerimientos del paciente para ayudarle a tomar decisiones de manera autónoma.
3. Corresponde al médico responsable del paciente garantizar el cumplimiento del derecho a la información. También han de asumir la responsabilidad en el proceso de información los profesionales asistenciales que le atienden o le apliquen una técnica o un procedimiento concretos.
Artículo 3. Titular del derecho a la información asistencial.
1. El titular del derecho a la información es el paciente. Se ha de informar a las personas vinculadas al paciente en la medida que éste lo permita expresa o tácitamente.
2. En caso de incapacidad del paciente, éste ha de ser informado en función de su grado de comprensión, sin perjuicio de que se haya informado también a quien tenga su representación.
3. Si el paciente, a criterio del médico responsable de la asistencia, no es competente para entender la información porque atraviesa un estado físico o psíquico que no le permite hacerse cargo de su situación, se ha de informar también a los familiares o las personas vinculadas a él.
Artículo 4. Formulación del derecho a la información epidemiológica.
Los ciudadanos tienen derecho a obtener un conocimiento adecuado de los problemas de salud de la colectividad que implican un riesgo para la salud y a que esta información se difunda en términos verídicos, comprensibles y adecuados para la protección de la salud (Ley Nº 21, 2000).

clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.

La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle (Ley Nº 41, 2002).

En este sentido, el usuario/paciente tiene avalada la comunicación de cualquier actuación clínica en la que se halle comprometido, debiendo esta ser adaptada a su nivel de instrucción. Y siendo una labor y una responsabilidad del profesional implicado informar de todo lo concerniente al proceso a seguir.

Por su parte, su artículo 5 (apartados 1 al 4) dispone que:

> El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.
>
> El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.
>
> Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.
>
> El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave.
>
> Llegado este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho (Ley Nº 41, 2002).

Dicho artículo reconoce que ha de ser el usuario/paciente el titular del derecho a la información, y que solo en circunstancia anómalas esta información puede ser dirigida a terceras personas. También que el profesional puede prescindir de la información asistencial por razones terapéuticas. Esta medida debe ser contemplada con carácter de excepcionalidad, pues puede colisionar con el derecho a la autodeterminación clínica; amparado en lo que se conoce como instrucción previa o voluntad vital anticipada. De igual modo, esta normativa recoge el derecho a la información en cuestiones de naturaleza administrativa como lo son la libre elección de médico y centro (art. 13), así como determinadas condiciones y límites a la información y su consentimiento.

Un año después el Congreso aprueba la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Esta norma reconoce en su articulado el derecho de la ciudadanía a la información. La misma establece que la administración sanitaria debe garantizar este precepto normativo en lo que a ordenación de las prestaciones, documentación sanitaria y asistencial, etc., se refiere. Tal garantía de información se suscribe a las recomendaciones establecidas por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente […] anteriormente citada. Así, su Capítulo I (sobre las prestaciones, sección 3ª), artículo 26, ordena en su apartado 1 que:

> Los servicios de salud informarán a la ciudadanía de sus derechos y deberes, de las prestaciones y de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, de los requisitos necesarios para el acceso a éstos y de los restantes derechos recogidos en la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, así como de los derechos y obligaciones establecidos en la Ley General de Salud Pública y en las correspondientes normas autonómicas, en su caso (Ley Nº 16, 2003).

Por su parte, la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública reconoce en su Título I, Capítulo I (sobre el derecho de los ciudadanos), artículo 4, el derecho a la información en materia de salud pública; información sujeta a las limitaciones que se prevean en la legislación vigente. Dicho artículo pone de manifiesto de manera tácita que

Los ciudadanos, directamente o a través de las organizaciones en que se agrupen o que los representen, tiene derecho a ser informados, con las limitaciones previstas en la normativa vigente, en materia de salud pública por las Administraciones competentes. Este derecho comprende en todo caso, los siguientes:

a) Recibir información sobre los derechos que les otorga esta ley, así como sobre las vías para ejercitar tales derechos.

b) Recibir información sobre las actuaciones y prestaciones de salud pública, su contenido y la forma de acceder a las mismas.

c) Recibir información sobre los condicionantes de salud como factores que influyen en el nivel de salud de la población y, en particular, sobre los riesgos biológicos, químicos, físicos, medioambientales, climáticos o de otro carácter, relevantes para la salud de la población y sobre su impacto. Si el riesgo es inmediato la información se proporcionará con carácter urgente.

d) Toda la información se facilitará desagregada, para su comprensión en función del colectivo afectado, y estará disponible en las condiciones y formato que permita su plena accesibilidad a las personas con discapacidad de cualquier tipo (Ley Nº 33, 2011).

Asimismo, esta norma contempla el derecho del usuario/paciente a la participación, así como su deber de comunicar a las autoridades sanitarias sobre aquellas situaciones que entrañen riesgo grave para la salud de la ciudadanía (arts. 5 y 9). También la obligación de las administraciones sanitarias de informar a la ciudadanía sobre la existencia de riesgos para la salud y el impacto que estos puedan tener sobre la misma (art. 10) (Ley Nº 33, 2011).

Por su parte, normativas como el 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, hacen referencia a la información que se ha de garantizar a la ciudadanía respecto de sus derechos sobre la situación de los profesionales, certificación y sanciones, etc

El marco legislativo nacional contempla otras normativas garantes del derecho a la información en cuestiones relacionadas con la donación de órganos y tejidos, trasplantes, ensayos clínicos, muerte digna, etc.

A nivel autonómico, y en concreto en la Comunidad Autónoma de Andalucía, la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía recoge en su Título II, Capítulo I (sobre los derechos de los ciudadanos), artículo 6, el derecho a la información. Esta se traduce en información sobre agentes y factores de riesgo para la salud (a nivel individual y colectiva), servicios y prestaciones en salud, su coste, etc. Por su parte, el Capítulo III (sobre la efectividad de los derechos y deberes) reconoce en sus artículos 9 y 10 la información a la ciudadanía, por parte de la administración, acerca de sus derechos

y deberes en relación con los servicios disponibles en el Sistema Sanitario Público de Andalucía[5] (Ley Nº 2/ 1998).

Todos estos instrumentos normativos, genéricos para el derecho a la información y documentación clínica de la ciudadanía, son un pilar y guía para el fundamento sobre el que se han de regir las directrices de los sistemas de salud y los profesionales que las integran. De ellos depende parte del reconocimiento de dicho precepto normativo, ampliado y reforzado en la Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte y la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía, entre otras normas.

4. ESTRATEGIAS PARA INFORMAR AL USUARIO O PACIENTE DESDE LOS SISTEMAS SANITARIOS

Desde los sistemas sanitarios la información al usuario/paciente va más allá de la mera comunicación producida en el marco de la relación asistencia. Esta información también se hace patente en otras maniobras tales como: los paneles informativos, los portales web, los medios de comunicación, las redes sociales, etc., donde las denominadas Tecnologías de la Información y la Comunicación son de suma importancia. A través de estos medios la ciudadanía es avisada de todo aquello relacionado con la salud que puede afectarle a nivel individual y/o colectivo. Son ejemplo de estas maniobras los programas, campañas y consejos en salud, etc., cuyo fin es garantizar la promoción y educación sanitaria. Dichas estrategias de promoción y prevención para la salud de la ciudadanía quedan amparadas en la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

Además de las estrategias señaladas, la Comunidad Autónoma de Andalucía desarrolla otras de carácter colaborativo entre las distintas consejerías para garantizar la promoción y prevención en salud. Así, la Consejería de Salud y la Consejería de Educación tienen firmado un convenio de colaboración para la sensibilización en las aulas. Mediante lo que se denomina como *Forma Joven*, ambas consejerías se comprometen con el desarrollo de un programa que permite informar a los adolescentes sobre cuestiones relacionadas con los etilos de vida saludables, la educación emocional, la sexualidad y las relaciones igualitarias, el uso positivo de las Tecnologías de la Información y la Comunicación, la prevención del consumo, etc. (Consejería de Salud y Familia, 2021). Esto hace que los adolescentes estén informados y tomen conciencia de la importancia de las prácticas saludables y de las de riesgo (consumo de sustancias tóxicas y sus efectos para la salud, relaciones íntimas sin protección, etc.). También existen estrategias de promoción, prevención y educación en salud como la escuela de pacientes, el consejo dietético, etc., las cuales quedan enmarcadas en los distintos planes integrales de salud; estas bajo la protección de la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública

[5] Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía.
Artículo 9.
1. La Administración de la Junta de Andalucía garantizará a los ciudadanos información suficiente, adecuada y comprensible sobre sus derechos y deberes respecto a los servicios sanitarios en Andalucía, y sobre los servicios y prestaciones sanitarias disponibles en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, su organización, procedimientos de acceso, uso y disfrute, y demás datos de utilidad.
2. El Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía garantizará a los ciudadanos el pleno ejercicio del régimen de derechos y obligaciones recogidos en esta Ley, para lo que establecerá reglamentariamente el alcance y contenido específico de las condiciones de las mismas
3. Todo el personal sanitario y no sanitario de los centros y servicios sanitarios públicos y privados implicados en los procesos asistenciales a los pacientes queda obligado a no revelar datos de su proceso, con excepción de la información necesaria en los casos y con los requisitos previstos expresamente en la legislación vigente.
Artículo 10. Los centros y establecimientos sanitarios, públicos y privados, deberán disponer y, en su caso, tener permanentemente a disposición de los usuarios:
1. Información accesible, suficiente y comprensible sobre los derechos y deberes de los usuarios.
2. Formularios de sugerencias y reclamaciones.
3. Personal y locales bien identifica os para la atención de la información, reclamaciones y sugerencias del público (Ley Nº 2, 1998).

de Andalucía. Dicha norma hace referencia en su artículo 12 y 13 al derecho de la ciudadanía a la promoción en salud y a recibir acciones preventivas de salud pública. Asimismo, esta norma hace mención en su artículo 15 al derecho a la participación en cuestiones relativas a la salud pública (Ley Nº 16/ 2011).

La participación de la ciudadanía en la administración pública está avalada por la Ley 7/2017, de 27 de diciembre, de participación ciudadana de Andalucía. En cuestiones relacionadas con la participación en salud, la Consejería de Salud desarrolla mecanismos para que esta sea real y efectiva. Sus estrategias más representativas son las comisiones de participación ciudadana y las mesas de participación ciudadana. Ambas, a través de sus miembros, revierten información a la ciudadanía a la vez que la representa. Mediante estas estrategias, los portavoces de la ciudadanía participan en la toma de decisiones de determinadas cuestiones que afectan a la colectividad o grupos específicos de la misma. El objeto de esta participación es que la ciudadanía se sienta escuchada y significada, y se establezcan espacios de colaboración en el ámbito de la gestión clínica. Se trata de un proceso definido por diversos niveles y que se materializa en lo que se denomina *Plan de Actuación en Participación Ciudadana*. Este recoge las líneas a seguir en dicho proceso en base a la Unidad de Gestión Clínica[6] de referencia y el propio centro de salud (Servicio Andaluz de Salud, 2021).

5. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentir de forma voluntaria la participación en estudios o ensayos clínicos hace trasladar la mirada al Código de Núremberg de 1947 (código de ética médica); resultado de los juicios de Núremberg por determinados actos acontecidos durante la Segunda Guerra Mundial bajo la influencia del nazismo. Este código sienta las bases de la bioética, y promueve la aparición de instrumentos internacionales tales como: la Declaración de Ginebra (1948); el Código Internacional de Ética Médica (1949); la Declaración de Helsinki (1964); el Informe Belmont (1978); las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos de la OMS (CIOMS, 2002); y la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (2005) (López, 2020).

El consentimiento informado encuentra sus orígenes en EE.UU., en concreto, en la sentencia del Tribunal de California de 1957 con el caso Martín Salgo[7]. En España el consentimiento informado comienza a ser visualizado y utilizado con motivo del Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997, entre otras instrucciones.

El consentimiento informado es aquel instrumento que promueve y garantiza el derecho a la autodeterminación clínica del usuario/paciente. Dicho término queda definido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (art. 3) como: *la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud* (Ley Nº 41, 2002).

[6] Se entiende por Unidad de Gestión Clínica al programa de certificación de unidades de gestión clínica (UGC) dirigido a estructuras organizativas (unidades) que prestan servicios clínico-asistenciales definidos en su cartera de servicios y que dependen de una estructura superior (centro hospitalario, distrito sanitario, área de gestión sanitaria, etc.) que pone a su disposición unos servicios de soporte no asistenciales (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2017).

[7] Martín Salgo: Paciente que tras una cirugía traslumbar sufre una parálisis permanente. Tal situación hace que este paciente demande al médico con el cargo de negligencia. Las Cortes reconocen con dicho caso la necesidad de la información clínica, y entienden que el médico que asiste a Salgo debía haber informado a este sobre las posibles consecuencias de la intervención quirúrgica. Esto hace que se reconozca a la ciudadanía el derecho a ser informada previamente a cualquier intervención clínica que se le practique. De este modo, el derecho a la información clínica trasciende del ámbito jurídico al ámbito de la ética médica (Lucio, 2005).

Por su parte, la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica hacer referencia en su artículo 3 a este instrumento en términos de: *manifestación de la voluntad libre y consciente válidamente emitida por una persona capaz, o por su representante autorizado, precedida de la información adecuada* (Ley Nº 14, 2007).

Bajo esta misma circunscripción, la actual Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, define el consentimiento informado en su Capítulo I (art. 3) como: *la conformidad libre, voluntaria y consciente del paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que, a petición suya, tenga lugar una de las actuaciones descritas […]* (Ley Nº 3, 2021).

A nivel autonómico, el consentimiento informado queda recogido en las distintas normas relativas a la voluntad vital anticipada y al derecho a la muerte digna. Así, la Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte reconoce en su Título I (art. 5) el consentimiento informado, y lo define como

> De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, "la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud" (Ley Nº 2, 2010).

A través de este instrumento el sistema sanitario avala el derecho del usuario/paciente a la información clínica. Aunque en sus comicios este fuese orientado hacia determinadas prácticas clínicas, actualmente se extiende a la mayoría de las actuaciones realizadas en salud. Para ello, los sistemas de salud diseñan y depuran modelos de consentimiento informado específicos para la atención, donde el derecho a la intimidad y la confidencialidad de los datos se hace patente[8]. Y donde el secreto profesional queda garantizado; todo ello regido por los distintos códigos deontológicos.

6. LA VOLUNTAD VITAL ANTICIPADA

El testamento vital, instrucción previa o voluntad vital anticipada, términos utilizados para referirnos a una misma materia, es aquel instrumento que permite al usuario/paciente dejar constancia, por escrito, de sus preferencias sanitarias respecto de los tratamientos que desea le sean aplicados conforme a la normativa vigente y la *lex artis*, para que estas sean tenidas en consideración llegado el final de la vida y mermada la capacidad de expresar o comunicar con el profesional (Jiménez, 2018). Dicha estrategia se sirve de lo que se conoce como planificación anticipada de las decisiones. Esta última medida se convierte en un proceso, consciente y madurado, entre el profesional de la salud y el usuario/paciente, donde este pone de manifiesto sus deseos sanitarios. Tal circunstancia exige la apertura de un proceso comunicativo y de información sociosanitaria constante y seguido, pues el desconocimiento que puede presentar el usuario/paciente de su propio proceso de salud-enfermedad, la anamnesis, la evolución de la patología, tratamiento, efectos secundarios, etc., pueden actuar como una limitación y un condicionante (Jiménez, 2017). Aquí la información es vista como un acto que permite tomar las decisiones más correctas, quedando favorecido el derecho a la autodeterminación clínica.

Jurídicamente hablando, la voluntad vital anticipada encuentra su origen en la sentencia del Tribunal de Minnesota (1905) y la sentencia de Nueva York (1914). Ambas reconocen como derecho inherente al ser humano poder decidir respecto de qué hacer con el propio cuerpo en las etapas finales

[8] Orden SSI/81/2017, de 19 de enero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud.
Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

de la vida. Asimismo, la sentencia dictada por el Tribunal Supremo de California en 1957 con el caso *SALGO* y la sentencia dictada en 1990 con el caso Cruzan se convierten en una manifestación expresa del legítimo derecho otorgado al usuario/paciente sobre su capacidad de decidir (Singer, 1991; Roqué y Sureda, 1998; Requero, 2002).

En la década de 1960, figuras como la de Lewis Kutner (abogado de Boston defensor de la eutanasia), promueven en EEUU el diálogo del *living will* (testamento vital) o *advanced directives* (voluntades anticipadas); ambos términos para referirse al instrumento en el que quedan manifestadas las instrucciones a seguir por el facultativo en aquellos casos donde el usuario/paciente no puede expresar sus deseos (Thompson, Barbour y Schwartz, 2003). Kutner crea junto con la *Euthanasia Society of America* el *Euthanasia Educacional Council* o Consejo Educativo de Eutanasia (Kutner, 1969).

El periodo de los años setenta es igualmente de suma importancia pues la *American Hospital Association* (1973) desarrolla la Carta de Derechos del Paciente donde quedan recogidos el derecho al rechazo de tratamientos y el consentimiento informado. En concreto, en 1976 y como consecuencia del caso de Karen Ann Quinlan, se pone el acento a la primacía del derecho del usuario/paciente a morir cuando la enfermedad es irreversible. En ese mismo año el estado de California aprueba la *Natural Death Act* (Towers, 1978; Stevens, 1996).

Durante los años noventa surge un nuevo enfoque y concepción de la voluntad vital anticipada entre los profesionales de la salud y la ciudadanía. Gracias a un grupo bioeticista norteamericano se empiece a promover el concepto *advance care planning* (planificación anticipada de la atención) para referirse a la planificación de la asistencia sanitaria y/o cuidados en pacientes crónicos, previo a las etapas en que la enfermedad inhabilita la capacidad y consciencia para expresar y establecer acuerdos (Teno, Hill y O'Connor, 1994). Esta deriva en un proceso comunicativo consciente y meditado entre el usuario/paciente y profesional (revisable y actualizado), donde ambas partes intercambiarán información acerca de la enfermedad y su evolución, preferencias y tratamientos médico-asistenciales aplicables, valores, etc., Así, gana protagonismo la figura del usuario/paciente en su proceso terapéutico (Kolarik, Arnold, Fischer y Hanusa, 2002).

Proyectos de investigación de relevante calado son el *"Study to Understand Prognoses and Preferentes for Outcomes and Risks of Treatments"* (SUPPORT). Este provoca un cambio radical de pensamiento frente a la voluntad vital anticipada. Asimismo, el estudio desarrollado en 1991 por el *Gundersen Lutheran Medical Center* en el Condado de la Crosse "*Respecting Choises"*, precede un proceso sistematizado o estructurado de entrenamiento a profesionales y la propia comunidad acerca de la voluntad vital anticipada y su planificación, obteniéndose sorprendentes resultados en el registro de esta (Hammes, Rooney y Gundrum, 2010; Jiménez, 2015). A partir de este momento se pone en marcha el programa de formación *Gundersen Lutheran´s Respecting Choices Organization and Community Advance Care Planning Course*.

En España la voluntad vital anticipada encuentra sus antecedentes en la ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la cual reconoce en su articulado el derecho del usuario/paciente respecto de su personalidad, dignidad humana e intimidad. También el respeto a la confidencialidad de toda información relativa al proceso de salud-enfermedad de este (art. 10). Con la entrada en vigor de la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente […] se produce un importante cambio en el sentir y la relación profesional-usuario/paciente. La hegemonía clínica abre paso a un nuevo paradigma basado en el respeto a las decisiones. Desde este momento los poderes públicos y los sistemas sanitarios en su mayor medida son participes, a la vez que promotores, del impulso de una prestación paulatinamente creciente en su demanda.

Actualmente, no existe una norma específica reguladora de la voluntad vital anticipada. Son las propias comunidades autónomas quieren avanzan en esta materia desarrollando sus propias normativas relativas a la voluntad vital anticipada y el derecho a la muerte digna (ver figura 1)

Figura 1. Marco normativo de la Voluntad Vital Anticipada en España

Normativas reguladoras de la Voluntad Vital Anticipada	
Ámbito estatal	
España	Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
Ámbito autonómico	
Cataluña	Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica.
Galicia	Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes. Comunidad Autónoma de Galicia. Ley 3/2005, de 7 de marzo, de modificación de la Ley 3/2001 reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes.
Aragón	Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón, en lo relativo a voluntades anticipadas. Ley 8/2009, de 22 de diciembre, por la que se modifica la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón, en lo relativo a voluntades anticipadas.
Navarra	Ley Foral 11/2002, de 6 de mayo, sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica. Ley Foral 29/2003, de 4 de abril por la que se modifica parcialmente la Ley Foral 1/2002, de 6 de mayo, sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica (vigente hasta el 16 de noviembre de 2010).
País Vasco	Ley 7/2002, de 12 de diciembre, del Parlamento Vasco, de las voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad.
Andalucía	Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada. Decreto 246/2005, de 8 de noviembre, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo y se crea el Consejo de Salud de las personas menores de edad.
Comunidad Valenciana	Real Decreto 168/2004, de 10 de septiembre, del Consell de la Generalitat, por el que se regula el documento de voluntades anticipadas y se crea el registro centralizado de voluntades anticipadas de la Comunidad valenciana. Orden de 25 de febrero de 2005, de la Conselleria de Sanidad, de desarrollo del Decreto 168/2004, de 10 de septiembre, del Consell de la Generalitat por el que se regula el documento de voluntades anticipadas y se crea el registro centralizado de voluntades anticipadas.
Madrid	Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente. Orden 2191/2006, de 18 de diciembre, por la que se desarrolla el Decreto 101/2006, de 28 de noviembre, por el que se regula el Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid y se establecen los modelos oficiales Orden 645/2007, de 19 de abril, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se regula el otorgamiento de las Instrucciones Previas, su modificación, sustitución y revocación ante el personal al servicio de la Administración.
Castilla la Mancha	Ley 6/2005, de 7 de julio, sobre declaración de voluntades anticipadas en materia de la propia salud.
Murcia	Decreto 80/2005, de 8 de julio, por el que se prueba el reglamento de instrucciones previas y su registro.
Cantabria	Orden SAN de 27/2005, de 16 de septiembre, por el que se establece el documento tipo de voluntades expresadas con carácter previo de Cantabria.

La Rioja	Ley 9/2005, de 30 de septiembre, reguladora del documento de instrucciones previas en el ámbito de la sanidad. Orden 8/2006, de 26 de julio, de la Consejería de Salud, sobre la forma de otorgar documento de instrucciones previas ante personal de la administración.
Canarias	Decreto 13/2006, de 8 de febrero, por el que se regulan las manifestaciones anticipadas de voluntad en el ámbito sanitario y la creación de su correspondiente registro.
Baleares	Ley 1/2006, de 3 de marzo, de voluntades anticipadas. Decreto 58/2007, de 27 de abril, de despliegue de la ley de voluntades anticipadas y del registro de voluntades anticipadas de las Islas Baleares.
Castilla León	Decreto 30/2007, de 22 de marzo, por el que se regula el documento de instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro de instrucciones previas en Castilla y León.
Extremadura	Decreto 311/2007, de 15 de octubre, por el que se regula el contenido, organización y funcionamiento del Registro de Expresión Anticipada de Voluntades de la Comunidad Autónoma de Extremadura y se crea el fichero automatizado de datos de carácter personal del citado registro.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de la página web de la Agencia Estatal-Boletín Oficial del Estado, 2021.

En la Comunidad Autónoma de Andalucía el derecho a declarar la voluntad vital anticipada que recogido en la Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada. Por su parte, el Estatuto de Autonomía para Andalucía reconoce en su artículo (art. 20, apartado 1 y 2) el derecho a declarar la voluntad vital anticipada. Dicho artículo indica que:

- Se reconoce el derecho a declarar la voluntad vital anticipada que deberá respetarse, en los términos que establezca la ley.
- Todas las personas tienen derecho a recibir un adecuado tratamiento del dolor y cuidados paliativos integrales y a la plena dignidad en el proceso de la muerte (Ley Nº 2, 2007).

Por su parte, la Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte, se convierte en la primera normativa autonómica en regular el proceso de muerte digna (ver figura 2). Esta garantiza al usuario o paciente el derecho a la información clínica, a la toma de decisiones y el consentimiento informado, al rechazo o retirada de una intervención, etc. También el derecho a realizar la declaración de voluntad vita anticipada en los términos establecidos reglamentariamente (arts. 6 al 9).

La voluntad anticipada queda inscrita en el Registro Autonómico de la Voluntad Vital Anticipada, así como en la historia clínica del paciente. Además de hacerlo en el Registro Nacional de Instrucciones Previas, según queda establecido en el Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro Nacional de Instrucciones Previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal y el Decreto 59/2012, de 13 de marzo, por el que se regula la organización y funcionamiento del Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía.

Figura 2. Marco normativo sobre muerte digna en España

Rango	Comunidad Autónoma	Denominación
Ley	Andalucía	Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte.
Ley	Aragón	Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte.
Ley	Navarra	Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte.
Ley	Canarias	Ley 1/2015, de 9 de febrero, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida
Ley	Baleares	Ley 4/2015, de 23 de marzo, de derechos y garantías de la persona en el proceso de morir.
Ley	Galicia	Ley 5/2015, de 26 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales.
Ley	País Vasco	Ley 11/2016, de 8 de julio, de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida
Ley	Madrid	Ley 4/2017, de 9 de marzo, de derechos y garantías de las personas en el proceso de morir.
Ley	Asturias	Ley 5/2018, de 22 de junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida
Ley	Comunidad Valenciana	Ley 16/2018, de 28 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de la página web de la Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado, 2021.

La declaración de la voluntad vital anticipada requiere de su previo conocimiento; tanto por parte del profesional de la salud como de la ciudadanía. Dicho conocimiento puede verse coartado por factores como la falta de interés, tiempo, certidumbre, etc., lo que exige de formación/ información acerca de la esta prestación (su aspecto legal, cobertura, procedimiento, etc.). En Andalucía el índice de solicitudes de voluntad vital anticipada inscritas en el registro autonómico presenta una tendencia al alza. En diciembre de 2020 su número asciende a un total de 43.788 inscripciones (ver tabla 1). Si bien es cierto, el año 2020 muestra un retroceso en la inscripción. Aquí la pandemia motivada por la COVID-19 ha podido influir negativamente, pues la ausencia de la presencialidad en el registro, déficits con el registro telemático, entre otros aspectos, han estado presentes

Tabla 1. Voluntades vitales anticipadas en activo inscritas en el registro de voluntades anticipadas en Andalucía

Prov.	2004-2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Almería	1118	253	94	207	212	222	255	310	288	375	132	**3466**
Cádiz	2047	308	109	325	563	493	467	538	478	504	228	**6060**
Córdoba	1323	231	122	189	287	260	343	366	347	461	181	**4110**
Granada	2678	460	134	307	344	371	368	423	361	426	285	**6157**
Huelva	633	146	59	112	106	174	222	227	203	224	100	**2206**
Jaén	918	150	59	99	136	190	208	210	177	259	105	**2511**
Málaga	4550	700	198	429	448	535	634	696	689	899	522	**10300**
Sevilla	3370	689	196	523	508	548	683	665	676	738	382	**8978**
Total	**16637**	**2937**	**971**	**2191**	**2604**	**2793**	**3180**	**3435**	**3219**	**3886**	**1935**	**43788**

Fuente: Consejería de Salud y Familia. (2020). *Registro de voluntades vitales anticipadas. Informe de Seguimiento. Diciembre 2020*. **https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/csyf_rva_estadistica-2012.pdf**

Finalmente, este precepto legal requiere de mayor visibilidad y sensibilización, para lo cual, la administración sanitaria ha de establecer las medidas necesarias que garanticen su difusión y consolidación. Y con ello, se promueva su consiguiente éxito.

7. LA COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS

Comunicar malas noticias en el ámbito de la salud es un hecho habitual no siempre controlado. Los profesionales de la salud, en el ejercicio de su labor diaria, se ven obligados a comunicar malas noticias a los usuarios o pacientes. Esto exige el conocimiento de una serie de instrucciones y recomendaciones, cuyo objetivo no es otro que dicha noticia ocasione el menor impacto posible en el paciente y sus familiares. Es decir, controlar el shock emocional.

La legislación vigente reconoce al usuario o paciente el derecho a la información y a ser el quien, en primera persona, conozca su estado de salud-enfermedad; donde entra en juego la comunicación de malas noticias. Así, el usuario o paciente se convierte en el sujeto activo que da a conocer la información a sus familiares o allegados. Del mismo modo, previo al consentimiento del usuario o paciente, la información de malas noticias puede ser trasladada a los familiares o allegados. O ser esta otorgada de forma conjunta para evitar la diferencia en el mensaje dado.

Cabe la posibilidad de que sea el paciente quien rechace de manera expresa la comunicación de la mala noticia. Igualmente, esta situación queda contemplada en la ley y ha de ser respetada por los profesionales de la salud; amén de la disconformidad. Tal medida debe quedar contemplada tácitamente en la historia clínica del usuario o paciente para, así, no irrumpir en la ilegalidad. Asimismo, existen situaciones excepcionales en las que profesional de la salud puede omitir determinada información al usuario o paciente. Pero esta medida debe estar debidamente fundamentada. Son situaciones que revisten excepcionalidad las provocadas por patologías como, por ejemplo, la demencia, psicosis, etc. Sea como fuere, situaciones como la conspiración de silencia han de ser evitadas por ser contrarias a la ley y su reglamento[9].

El impacto emocional que suele ocasionar la comunicación de malas noticias en el usuario o paciente y/o sus familiares requiere del soporte de procedimientos que sirvan como guía para la intervención. Estudios de investigación como el realizado por Schmidt y colaboradores (año 1992) o el de Hart y Ahrens (año 1998) hacen referencia a un proceder metódico en la comunicación de malas noticias. Es estos estudios se apela a la necesidad de considerar en tal comunicación aspectos como los referidos en la figura que se presenta a continuación (ver figura 3). Aquí los factores tiempo, lugar, forma, etc., en definitiva, el estilo, está inserto en la comunicación de malas noticias y mantiene un carácter esencial.

En la comunicación de malas noticias es importante dar esperanzas. Aunque estas no sean de curación, sirven como base para la confianza y comprensión. Sin ofrecer promesar que no podrán verse cumplidas, conviene que el profesional de la salud brinde la esperanza de la atención hasta el final de la vida, garantizando la mejora en la calidad de la atención prestada

[9] Según la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria la conspiración de silencia se considera como: "un tipo específico de "colusión" (alianza o pacto ilícito entre dos que daña a un tercero), en el contexto médico, que ocurre cuando la familia del paciente actúa con los médicos ocultando una enfermedad potencialmente mortal o grave al paciente. Esto por lo general se produce a petición de la familia y es práctica frecuente en algunas culturas" (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2017).

Figura 3. Elementos de la comunicación de malas noticias

Componentes de la comunicación	Descripción
Lugar de la comunicación	Búsqueda de un entorno tranquilo e íntimo; confortable; con privacidad; sin interrupciones; a ser posible sentados.
Tiempo	Este ha de ser suficiente para dar tantas explicaciones como sean necesarias. Evitar la prisa
Momento	El momento adecuado y preciso para la mejor evolución de la enfermedad. Es importante tener conocimiento del equilibrio emocional del usuario o paciente, su historial psiquiátrico y respuestas emocionales a situaciones estresantes tras contacto previo con familiares.
Profesional	Este ha de presentarse con su nombre, y explicar al usuario o paciente y sus familiares sus funciones durante la asistencia sanitaria. Si lo precisa, se apoyará en otros profesionales.
Comunicación	Esta se debe regir por una actitud próxima que genere intimidad; mostrar rapport, calidez, respetuosidad, empatía. Tratar de trasladar al usuario o paciente que el profesional lo escucha, se ponen a su lado y comprenden la situación que están viviendo. Conviene evitar perder la calma o la serenidad, así como elevar el tono de la voz.
Lenguaje	Ha de ser sencillo, libre de tecnicismos para que el usuario o paciente comprenda lo que se le traslada. Evitar los juicios de valor. Cabe controlar el tono, ritmo y volumen de la voz.
Contenido	Este debe transmitir un mensaje claro, preciso y respetuoso. Inicialmente, el profesional ha de estar seguro del diagnóstico o la mala noticia; en ocasiones, no hay por qué dar toda la información en una única vez. Es pertinente dosificar la información en función de las características del usuario o paciente. Se debe transmitir la información de manera progresiva y asimilable, abogando por la veracidad. Es mejor evitar adornos innecesarios que puedes incrementar el sufrimiento.
Lenguaje no verbal	Ha de ser coherente con el lenguaje verbal. Mantener el contacto visual del usuario o pacientes y mirar a los ojos. Conviene evitar mostrar preocupación. Es preciso transmitir serenidad, seguridad, confianza y esperanza. Evidenciar cercanía física
Silencios	Es preciso realizar pausas mientras se está comunicando, así como hacer uso del silencio para que el paciente pueda expresar. Es importante percibir lo que el silencio esconde. También saber interpretar las evasivas.
Dudas	En necesario preguntar de forma explícita por las dudas que el usuario o paciente pueda tener. Conviene resolverlas mediante el uso de respuestas claras y honestas.
Prever la posible reacción	Es conveniente anticipar las posibles reacciones del usuario o paciente tras la comunicación de la mala noticia. Es usual que el impacto de la información provoque en el usuario o paciente reacciones de incertidumbre, miedo, ira, etc. Con independencia de esta reacción, el profesional de la salud ha de manifestar comprensión, disponibilidad y apoyo. Son comunes las frases de negación.

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de Figueredo y Jiménez, 2020.

7.1. La entrevista como técnica para la atención en salud: hacia su dimensión clínico-social

La entrevista en salud es una herramienta que permite ofrecer y recabar información del usuario o paciente. También poder evaluar la situación sanitaria y social del usuario o paciente, para así establecer inferencias. Según J.A. Gayol y colaboradores (2020), la entrevista en el sistema de salud se define como

> "todo aquel acto comunicativo entre dos o más personas que cuenta con una estructura participativa organizada a través de la formulación de una serie de interrogantes y sus correspondientes respuestas con una finalidad. Se trata de un diálogo dinámico pero estructurado y formal, siendo siempre el entrevistador el que plantea las preguntas y el entrevistado el que las contesta".

La entrevista se adhiere a un proceso de acción definido cuyo objetivo no es otro que obtener información (del tipo que sea) de otra persona. Esto exige una conversación entre dos o más personas.

Atendiendo a criterios de clasific ción, la entrevista puede alterar determinados componentes. Según el nivel de estructuración, la entrevista puede ser definida como: estructurada, semiestructurada o no estructurada. También abierta o informal. Esto afecta al orden y al tipo de preguntas que se realizan en el desarrollo secuencial de la misma; las preguntar deben adaptarse al usuario o paciente. Por su parte, si prestamos atención al número de participantes en la entrevista, esta puede ser: individual o grupal. Aquí, la entrevista queda conformada por el profesional de la salud y el usuario o paciente, o por el profesional, el usuario o paciente y la familia, entre otros miembros (Folgueiras, s/f).

La entrevista también es clasificada según la intencionalidad o propósito perseguido. Esta puede ser: de orientación, de información o asesoramiento, de seguimiento, de evaluación y motivacional. El uso de una modalidad de entrevista u otra depende del momento en que se desarrolla, su intencionalidad, etc.

Entre las funciones de la entrevista, con independencia de su tipología, destacan:

- Adquirir información del usuario o paciente y facilitar su recopilación.
- Favorecer los canales/vías la de comunicación.
- Establecer vínculos entre las partes implicadas.
- Desarrollar el seguimiento de la situación en cuestión.
- Permitir la retroalimentación con carácter inmediato.

Con relación al entrevistador, este debe tener competencias afines a la observación, la empatía, la capacidad de escucha y de análisis, la comprensión, la flexibilidad, el dominio, entre otras (CENAPCI, 2017). Tales aspectos permiten el feedback entre el entrevistador y el entrevistado y, por consiguiente, el buen desarrollo y fluidez de la entrevista. Considerar estos elementos, junto a una adecuada planificación y el guion de la entrevista, hacen que la recogida de información al usuario/paciente sea estructurada, segura y confortable. Asimismo, es importante conocer nuestro carácter (frialdad o emotividad, impaciencia o paciencia, neuroticismo o serenidad, etc.). También la modalidad de la entrevista a realizar con el usuario/paciente. Según el ciclo ideal, esta puede ser de carácter motivacional, prescriptiva y multidemanda. Según el modelo relacional, esta puede ser: semiológica, informativa, prescriptiva, operativa, motivacional, de escucha, de acomodación, psicoeducativa, de integración, etc. (Borrell, 2004).

Finalmente, respecto de las fases en las que se desarrolla la entrevista, se puede decir que esta se compone de usa sucesión de etapas bien definida que va desde el inicio al cierre de la misma. El autor J. Madrid, establece cinco momentos diferenciados en la entrevista. Según este, dicha técnica se caracteriza por las fases de: preparación, inicio, cuerpo (parte central), terminación y evaluación (Madrid, 2005, p. 326). En este proceso, o sucesión de etapas, la acogida (recepción/saludo), creación del *rapport*, encuadre de la entrevista, el cierre de la misma y el resumen de lo más destacado han de ser elementos cruciales (Martín, 2018). Aquí, las expectativas y experiencia previa del entrevistador han de ser consideradas.

BIBLIOGRAFÍA

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. (2017). *Manual de estándares. Unidades de Gestión Clínica*. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/Manual-UGC.pdf

Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (2021). *Legislación.* https://www.boe.es/buscar/legislacion.php?campo%5B2%5D=tit&dato%5B2%5D=Leyes&accion=Buscar&checkbox_solo_tit=S&sort_field%5B0%5D=PESO&sort_order%5B0%5D=des

Borrell, F. (2004). *Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas*. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2016/05/EntrevistaClinica_Borrell.pdf

CENAPCI. (17 de mayo de 2017). *Las 14 cualidades de un buen entrevistador.* https://lapsicologiaesmivida.wordpress.com/2017/05/17/las-14-cualidades-de-un-buen-entrevistador/

Gayol, J.A., Zapico, Y., Argüelles, M., y Villadangos, M. (14 de febrero de 2020). *La entrevista en el Sistema de Salud*. Ocronos- Editorial Científico- écnica. https://revistamedica.com/entrevista-sistema-de-salud/

Folgueiras, P. (s.f.). *La entrevista*. http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/99003/1/entrevista%20pf.pdf

CIOMS. (2002). *Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos*. https://cioms.ch/wp-content/uploads/2016/08/PAUTAS_ETICAS_INTERNACIONALES.pdf

Consejería de Salud y Familia. (2020). *Registro de voluntades vitales anticipadas. Informe de Seguimiento. Diciembre 2020*. https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/csyf_rva_estadistica-2012.pdf

Consejería de Salud y Familia. (2021). *Forma Joven. Promueve salud*. https://www.formajoven.org/

Figueredo, E., y Jiménez, J.M. (2020). Aspectos jurídicos de la atención a las urgencias. Legislación vigente. Muerte encefálica y donación de órganos. La comunicación de malas noticias. En M.F. Alonso (Ed.), *Actualización en urgencias para el médico de familia* (Vol. 1, pp. 471-478). Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria.

Hammes, B.J., Rooney, B.L., y Gundrum, J.D. (2010). A comparative, retrospective, observational study of the prevalence, availability, and specificity of advance care plans in a county that implemented an advance care planning microsystem. *Journal of American Geriatrics Society, 58*(7), 1249-1255.

Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. *Boletín Oficial del Estado*, 251, de 20 de octubre de 1999, 36825-36830. https://www.boe.es/eli/es/ai/1997/04/04/(1)

Jiménez, J.M. (2015). Voluntad vital anticipada: la realidad sociosanitaria del distrito Guadalquivir desde una perspectiva del Trabajo Social Sanitario. *Documentos de trabajo Social. Revista de trabajo y acción social, 55*, 223-240.

Jiménez, J.M. (2017). La planific ción anticipada de las decisiones y sus factores asociados. *Revista Cuadernos de Medicina Forense*, *23*(1-2), 9-14.

Jiménez, J.M. (2018). *La voluntad vital anticipada en el Sistema Sanitario Público de Andalucía: la realidad sociosanitaria del Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir*. Editorial Comares.

Kolarik, R.C., Arnold, R.M., Fischer, G.S., y Hanusa, B.H. (2002). Advance care planning. *Journal of General Internal Medicine, 8*, 618-624.

Kutner, L. (1969). Due process of euthanasia: the living will, a proposal. *Indiana Law Journal*, 44, 539-554.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, 102, de 29 de abril de 1986, 15207-15224. https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14

Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía. *Boletín Oficial del Estado*, 185, de 4 de agosto de 1998, 26392-26407. https://www.boe.es/eli/es-an/l/1998/06/15/2

Ley 21/2000, de Cataluña, sobre los derechos de información relativos a la salud, la autonomía del paciente y la documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*, 29, de 2 de febrero de 2001, 4121-4125. https://www.boe.es/eli/es-ct/l/2000/12/29/21

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*, 274, de 15 de noviembre de 2002, 40126-40132. https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, 128, de 29 de mayo de 2003, 20567-20588. https://www.boe.es/eli/es/l/2003/05/28/16

Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica. *Boletín Oficial del Estado*, 159, de 4 de julio de 2007, 28826-28848. https://www.boe.es/eli/es/l/2007/07/03/14

Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. *Boletín Oficial del Estado*, 127, de 25 de mayo de 2010, 45646-45662. https://www.boe.es/eli/es-an/l/2010/04/08/2

Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. *Boletín Oficial del Estado*, 240, de 5 de octubre de 2011, 104593-104626. https://www.boe.es/eli/es/l/2011/10/04/33

Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía. *Boletín Oficial del Estado*, 17, de 20 de enero de 2012, 4851-4904. https://www.boe.es/eli/es-an/l/2011/12/23/16

Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía. *Boletín Oficial del Estado*, 68, de 20 de marzo de 2007, 11871-11909. https://www.boe.es/eli/es/lo/2007/03/19/2

Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. *Boletín Oficial del Estado*, 72, de 25 de marzo de 2021, 34037-34049. https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3

López, F. (29 de abril de 2020). *El Código de Núremberg: el amanecer de la bioética tras lo crímenes del nacismo*. The Conversation. https://theconversation.com/el-codigo-de-nuremberg-el-amanecer-de-la-bioetica-tras-los-crimenes-del-nazismo-137492

Lucio, R. (2005). El consentimiento informado. *Imbiomed, 1*(2), 1-5.

Madrid, J. (2005). *Los procesos de la relación de ayuda*. Desclée de Brouwer.

Martín, I. (2018). *Técnicas de intervención en Trabajo Social.* https://ocw.ehu.eus/pluginfile php/52050/mod_resource/content/10/Tema%202.%20La%20entrevista%20en%20 Trabajo%20Social%20%281%29.pdf#:~:text=Es%20un%20proceso%2C%20porque%20 tiene,de%20la%20entrevista%20o%20despedida.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). *Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud.* https://www.mscbs.gob.es/en/estadEstudios/estadisticas/ sisInfSanSNS/pdf/SISNS.pdf

Organización Médica Colegial de España. (2012). *Manual de ética y deontología médica.* http://www. comteruel.org/documentos/ManualdeEtica.pdf

Real Academia Española. (2021). Comunicar. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado en 25 de abril de 2021, de https://dle.rae.es/comunicar

Real Academia Española. (2021). Información. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado en 25 de abril de 2021, de https://dle.rae.es/informaci%C3%B3n

Requero, J.L. (2002). El testamento vital y las voluntades anticipadas: aproximación al ordenamiento español. *La Ley*, (5570), 5.

Roque, M.V., y Sureda, M. (1994). Consideraciones acerca del testamento vital. *Cuadernos de Bioética*, (4), 778-780.

Servicio Andaluz de Salud. (2021). *Participación ciudadana*. https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/recursos-para-profesionales/participacion-ciudadana

Singer, P.A. (1991). The case of Nancy Cruzan, the Patient Self-Determination Act and advances directives in Canada. *Humane Medicine*, (3), 225-227.

Stevens, M.L. (1996). The Quinlan case revisited: a history of the cultural politics of medicine and the law. *Journal of Health Politics, Policy and Law, 21*(2), 347-366.

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. (15 de febrero de 2017). *La Conspiración del Silencio: importancia, causas y estrategias de abordaje.* https://www.semfyc.es/la-conspiracion-del-silencio-importancia-causas-estrategias-abordaje/#:~:text=La%20Conspiraci%C3%B3n%20del%20Silencio%20(CS,mortal%20o%20grave%20al%20paciente.

Teno, J.M., Hill, T.P., y O'Connor, M.A. (1994). Advance care planning: priorities for ethical and empirical research. *Hastings Center Report, 24*(1), 36.

Thompson, T.D.B., Barbour, R.S., y Schwartz, L. (2003). Health professionals' views on advance directives: a qualitative interdisciplinary study. *Journal of Palliative Medicine, 17*(5), 403-409.

Towers, B. (1978). The impact of the California Natural Death Act. *Journal of Medical Ethics*, *4*, 96-98.

nº Extraordinario 4
ISSN: 2386-7191 – ISSNe: 2387-0370

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 reforma[1]

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, eficiente 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 deficiencia 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 deficient coordinación sociosanitaria, la ausencia de un gasto farmacéutico racional, el desmantelamiento de la atención primaria.

Palabras Clave

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

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.

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…)[2] 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 Pérez[6], 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 privada[7], 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 disponibles[8]. Ese objetivo, como sintetiza Monereo Pérez[9], 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 hogares[10].

Por todo ello, el reto de crear sistemas de salud innovadores, eficien es y sostenibles exige hoy un mejor diseño de los servicios[11], 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-Jaaskeläinene, 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*, 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, 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 Lobo[13] 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 períodos 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 2015[14] 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 pueden 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) Nº 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 trabajo[17], 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) Nº 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 o 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) nº 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 desalud 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 cualifica o 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 a 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) nº 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 salud[21], y el Reglamento (CE) nº 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) nº 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 deficien ias 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 nº 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 nº 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 aquélla 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 Europea[24].

Según la OMS[25], 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 mayores[26], 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? a=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. Gwatkin[28], "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 sanitarias[30]. 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 altri* (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 manifi sto 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 morbimortalidad"[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=INESeccion_C&cid=1259941637944&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout#:~:text=Al%20grupo%20de%20personas%20en,Poverty%20and%2For%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 sindémico[36], ya que al contagio por coronavirus se une la alta prevalencia de enfermedades crónicas en un contexto de gran desigualdad social[37].

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 desaventajados[38].

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, Carme 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, Carme 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 descentralizado[39].

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 pública[40]. 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 financiació 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 afecto 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 (Dirs.): *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 sanitaria[41], 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 Negrín[43] 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 Nº: 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] 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, 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 Bayle[44] 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 médicamentos, 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 hospitalarios[45].

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 sobrecostes 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 público[47].

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 sanitarias[48]. 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 o ganismos 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 aspectos[51]:

- 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 resolutividad 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 sociedad[53].

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 sistema[54]. 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 públicos[56] [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 90[58], o la de los convenios singulares, establecidos en los artículos 66 y 67[59]. 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 Molina[61], "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 mercado[62].

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 Alfonso[63], 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 eficac a y la eficiencia y, combinadamente, la desterritorialización de la economía. Se trata, como ya indicara Monereo Pérez, de la remercantilización de la salud[64]. 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, contratas, 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 públicos[65]. 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.; 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]

[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 básico[66], 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 significativ es la expresión utilizada en el ámbito comunitario de "servicios de interés general", como expresión del abandono (implícito) de la calificación formal de servicio público[68], 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 privados[69]). 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 social[70]. 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 Iberoamerica*, 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 manifiest 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 sanitario[72]. 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 destacar[73]:

- 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 esterilización[74];

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 concesionada[75] (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 costosos[76]. 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] *Vid*. 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 privadas[77].

La presión hacia una provisión privada de la asistencia sanitaria, ante el deterioro del servicio público, supone una mercantilización de la protección de la salud[78] y apunta a una cuestión esencial como es el modelo de Estado y el tipo de sociedad al que se aspira[79]. 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 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 la 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 financiació 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 Campos[81], 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 señalado[82], 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, especific ndo actuaciones de efectividad reconocida, herramientas de evaluación e indicadores de actividad.

En la práctica, como han destacado Repullo Labrador e Infante Campos[83], 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, morbimortalidad estandarizada por edad, población infantil, población inmigrante y otras de carácter similar[84].

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, recogiéndose 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 modificad [85], 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 2017[86]. 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 limítrofes 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 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 Cotanda[88] 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 sanitaria[89]. 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 terapéutica[90]. 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 hospitalarios[91]. 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 comunitaria[92]; 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 farmacéutico[93]. 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 crónicos[94]. 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 utilizarla[96].

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 usuario[97]) 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 OMS[98]. 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 GAVI[99].

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 Nº 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* nº 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 Nº 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 benefici [101] (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 social[102].

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 científi o; 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.revistaaen.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 gestión[104].

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 Enfermedades[105].

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 asociadas[106]. 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 Salud[107]; 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 eficien e 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 al 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 beneficiars 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 servicios[109], 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 2015[110] 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 enfrenta[111]. 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 político [112].

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] *Vid*. 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] *Vid*. *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 promocione 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 Pública[114]). 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* nº 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 ca go 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 comunitaria[116].

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 resolutiva 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 resolutiva, 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 SNS[117]. 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 financiació 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., Tarafaa, 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 altri* (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 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.

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://fadsp.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 (Dirs.): *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 (Dirs.): *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 (Dirs.): *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 (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.

Padilla Bernáldez, J.: "Prevención: ¿aún podemos ser amigos?". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2019; 39(135): 159-175. https://www.revistaaen.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 Nº: 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/mn vi/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. (Dirs.): *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 (Suppl 1):68-73.

nº Extraordinario 4
ISSN: 2386-7191 – ISSNe: 2387-0370

Organización y gestión de la sanidad andaluza en el marco del sistema nacional de salud. Atención primaria y atención especializada; fortalecimiento de la gestión clínica; avances en la gestión de la salud pública; participación de grupos de interés; innovación en salud[1]

Organization and management of andalusian health within the framework of the national health system. Primary care and specialized care; strengthening clinical management; advances in public health management; stakeholder participation; health innovation

Braulio Girela Molina *Médico Inspector de Servicios Sanitarios. Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía*
Profesor Asociado. Universidad de Granada

Resumen

La asunción por parte del Servicio Andaluz de Salud de los fine y objetivos de las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias ha supuesto el abandono de las técnicas de gestión empresarial y la consolidación del Servicio Andaluz de Salud -Agencia Administrativa, regida por el Derecho Administrativo- como prestador único de servicios sanitarios, con el objetivo de una configuración más racional del SSPA que permita hacer efectivo el derecho a la protección de la salud previsto en la Constitución Española. En este estudio se analiza el Plan Estratégico 2020-2022 para la renovación de la Atención Primaria que propone medidas centradas en mejorar la accesibilidad y una gestión eficiente de la demanda asistencial. La revisión de la cartera de servicios se centrará en la atención sanitaria a mayores que viven en residencias, la promoción y prevención de la salud en el ámbito educativo y la telemedicina, potenciando el uso adecuado de las herramientas digitales para la atención en consulta. Se ha reordenado la Atención a las Urgencias y Emergencias Sanitarias y se ha reforzado la Gestión Clínica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía que se configura como un modelo organizativo centrado en la persona, basada en una red distribuida de espacios organizativos de ámbito multiprofesional, que permite dotar a los profesionales de mayor autonomía organizativa y responsabilidad en la gestión de los recursos, la Unidad de Gestión Clínica (UGC). Se han implantado UGC en Salud Mental y se han regulado las Unidades de Gestión de Salud Pública (UGSP), que desarrollarán la función de gestión integrada de las actuaciones de prevención, promoción, protección y vigilancia de la salud, así como la evaluación rápida de riesgos y la intervención ante las alertas de salud pública epidemiológicas, de seguridad alimentaria, de salud ambiental o de cualquier otro tipo.

Palabras Clave

sanidad; organización; gestión; estrategias; atención primaria; atención especializada; gestión clínica; innovación

Abstract

The assumption by the Andalusian Health Service of the aims and objectives of the Public Health Business Agencies has led to the abandonment of business management techniques and the consolidation of the Andalusian Health Service - Administrative Agency, Governed by Administrative Law - as the sole provider of health services, with the aim of a more rational configuratio of the SSPA that allows to make effective the right to health protection provided for in the Spanish Constitution. This study analyzes the 2020-2022 Strategic Plan for the Renewal of Primary Care, which proposes measures focused on improving accessibility and efficient management of health care demand. The review of the service portfolio will focus on health care for elderly living in residential homes, health promotion and prevention in education, and telemedicine, enhancing the appropriate use of digital tools for consultation care. The attention to the Emergency and Emergency Health has been reordered and the Clinical Management in the public health system of Andalusia has been strengthened, which is configured as an organizational model centered on the person, based on a distributed network of organizational spaces with a multiprofessional scope. This allows professionals to be given greater organizational autonomy and responsibility in the management of resources, the Clinical Management Unit (UGC). Mental Health UGC has been implemented and the Public Health Management Units (PGUs) have been regulated, which will develop the function of integrated management of actions for prevention, promotion, protection and surveillance of health, as well as rapid risk assessment and intervention in response to epidemiological, food safety, environmental or other public health alerts.

Keywords

health; organization; management; strategies; primary care; specialized care; clinical management; innovation

[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

1. METAS ORGANIZACIONALES RELEVANTES EN LA SANIDAD ANDALUZA EN EL MARCO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

1.1. Aspectos generales de la Gestión Sanitaria y sus reformas en el Sistema Nacional de Salud[2]

Es preciso conocer el marco general del Sistema Nacional de Salud, antes de adentrarnos en el análisis de la organización sanitaria, reformas y metas de la Sanidad en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

1.1.1. El Servicio Público Sanitario y su gestión

El art. 43 de la CE, prejuzga la organización de un Servicio Público de Salud en sentido amplio, que nos sitúa ante una actividad administrativa de prestación, también denominada actividad de servicio público. Será la LGS, la que declare a la Sanidad como servicio público, siendo esto corroborado, por el artículo único de la Ley 15/1997, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud. Tanto si se opta por la gestión pública o por la gestión privada, siempre debe quedar garantizado el servicio público sanitario.

Los principios diferenciadores de los modelos de organización administrativa - modelos clásicos, entre los que se encuentra el modelo burocrático centralizado y modelos descentralizados-, se centran en la descentralización y la desconcentración. Del análisis de sus ventajas e inconvenientes, se deduce que dentro de una organización estatal eficiente, deberían coexistir jerarquías descentralizadas y burocráticas, es decir la gestión pública deberá ser burocrática en unos casos y descentralizada en otros, y sujeta en todos a un adecuado control de legalidad que no constituya una rémora para la toma de decisiones.

El Derecho Administrativo conoce tradicionalmente el fenómeno de constituir centros personalizados -entes descentralizados- como descentralización y los motores de ese proceso organizativo singular, están en la necesidad de una mayor autonomía de gestión, financiera y jurídica.

La Administración, en cuanto titular del servicio público sanitario, ostenta en principio, un alto grado de discrecionalidad para optar entre las diversas alternativas de gestión. Desde el punto de vista jurídico, esta libertad se encuentra limitada por la técnica organizativa a emplear y el regímen jurídico al que debe someterse la prestación del servicio.

En cuanto a la primera -técnica organizativa a emplear-, la organización de la prestación de los servicios públicos puede efectuarse en régimen de gestión directa o indirecta.

La gestión directa o propia del servicio público sanitario, se lleva a cabo desde la propia Administración, con sus propios recursos humanos y materiales, pudiendo utilizar para ello, las diversas fórmulas previstas en el Derecho de organización (artículo único -punto 1- Ley 15/1997). En estos supuestos, la Administración asume el riesgo económico de la actividad. En la gestión indirecta o contractual, la Administración sanitaria responsable, lleva a cabo la prestación de los servicios con medios ajenos a ella, es decir, la prestación del servicio se encomienda a un tercero a través del correspondiente concierto, convenio o contrato administrativo.

Aparte de estas formas de gestión, directas e indirectas, estaría el consorcio, que no es una forma de gestión, sino un Organismo público personificado

Las modalidades de gestión sanitaria -directas e indirectas- están, en principio, tasadas -no hay más formas que las previstas en las leyes-. Los supuestos previstos en la legislación sectorial, cualquiera que sea su denominación, deben ser reconducibles a alguno de los previstos en la legislación

[2] Girela Molina, B., "Gestión administrativa de la asistencia sanitaria en el Sistema Nacional de Salud", *Tesis Doctoral*, Universidad de Granada, 2014.

administrativa general. Pero ello no impide que las leyes sectoriales, al tener el mismo rango, puedan introducir formas específicas de gestión - por ejemplo los convenios de vinculación o las fundaciones públicas sanitarias-.

En cuanto al régimen jurídico al que debe someterse la prestación del servicio público, es decir, si dicho régimen debe (o puede ser) de Derecho público o de Derecho privado, existe confusión. El cómo y con que reglas habrá de gestionarse un servicio público sanitario es algo que tiene que determinar el legislador, pero hay que hacer algunas precisiones. No hay ningún servicio público que pueda ni deba ser prestado en absoluta sumisión a normas de Derecho público, sin mácula alguna de Derecho privado; ni a la inversa. En todo servicio deben coexistir normas de Derecho público y de Derecho privado; el problema radica en qué proporción respectiva y a qué extremos deben extenderse unas y otras.

Los ámbitos más propicios a ser ocupados por el Derecho privado son los referentes a los aspectos instrumentales de la organización prestadora del servicio -personal, bienes, contratos y régimen financiero-

Las reglas de funcionamiento del servicio y las relaciones con los usuarios, están llamadas a ser regulados por el Derecho Administrativo de forma mayoritaria, teniendo el Derecho privado un alcance residual. Ello deriva de la necesidad de garantizar a los usuarios un trato en condiciones diversas a las que resultarían de la lógica del mercado y del Derecho privado.

La principal justificación, aunque no la única, del hecho de que la Administración Sanitaria acuda a formas de Derecho privado, es el principio de eficacia, que debe regir la totalidad de la actuación administrativa, y en concreto la sanitaria. Ahora bien, hay que distinguir entre la utilización del Derecho privado por la Administración, sólo en la "forma de actuación", que se refiere a la situación en que una persona jurídico-pública, de naturaleza territorial o institucional, lleva a cabo una determinada actividad de acuerdo con el Derecho Privado, y la utilización del Derecho Privado en la "forma de organización", que hace referencia a los supuestos en los que las personas jurídico-públicas se valen de las formas organizativas que ofrece le Derecho privado (sociedades mercantiles o fundaciones, por ejemplo) para llevar a cabo las tareas que le corresponden.

No obstante lo anterior, existen límites o limitaciones que, derivados del Derecho público, se aplican a la actuación de la Administración bajo fórmulas jurídico-privadas.

1.1.2. Reformas de la gestión sanitaria

En la mayoría de los países occidentales los servicios sanitarios forman parte, de una u otra forma, del sector público por lo que los cambios en los modelos de gestión sanitaria deben ser enmarcados dentro del marco general de la gestión pública. Esta puede utilizar los conceptos y técnicas manejados en las organizaciones privadas pero sin olvidar que la gestión pública tiene las restricciones impuestas por el marco jurídico-político; es decir la gestión pública no se puede desenvolver con plena autonomía. No es conveniente privatizar la gestión allí donde existen fallos de mercado, metas de cohesión social o garantías de acceso que atender, como ocurre en la Sanidad. Los argumentos favorables a la privatización sanitaria se han fundamentado, generalmente, en la conveniencia o necesidad de conseguir fuentes de financiación alternativas para la construcción de infraestructuras y en la supuesta mejor gestión del sector privado.

Hablar de reformas en la gestión sanitaria, exige un análisis previo de los problemas de los servicios sanitarios. Estos se pueden ordenar en tres áreas: Financiación e incremento y control del gasto, racionalidad de los sistemas relacionados con la eficacia y eficiencia de los servicios sanitarios y legitimación o aceptación por la población de los propios servicios.

Parece indudable que la transición hacia un modelo de gestión más descentralizado y apoyado en mecanismos cuasicompetitivos y de mercado (MCM) ha venido acompañada de mejoras en la eficiencia productiva y en la satisfacción del ciudadano con la actuación del sector público

En el ámbito de la economía política, se encuentra la disyuntiva gradualismo-radicalismo en las reformas de la gestión, y en concreto de la sanitaria. Las reformas en las estructuras de gestión son en muchos casos técnicamente complejas, requieren de un respaldo popular amplio, necesitan inicialmente recursos adicionales para hacer frente al coste de los incentivos monetarios o a la creación de nuevas instituciones y deben apoyarse en un cambio cultural de la burocracia liderado políticamente; estas circunstancias sugieren una estrategia gradual de "radicalismo selectivo", es decir transformaciones escogidas de gran alcance, sobre un frente clave reducido. Una reforma plena, radical e inmediata podría ser, cuando no política y administrativamente inviable, financieramente muy costosa.

A partir de la última década del siglo XX, los Sistemas Sanitarios europeos, y el español en particular, participaron en el auge de las tres grandes estrategias de reforma de la gestión pública: el gerencialismo, los mecanismos cuasicompetitivos y de mercado (MCM) y la privatización. Tras esos modelos, la nueva gestión pública es propugnada, como una cuarta vía que habría que fomentar, basada en un cambio de cultura y valores, y apoyada en los incentivos al profesionalismo -autonomía ligada a consecución de objetivos-. Se traduciría en la gestión contractual apoyada en la profesionalización y la gestión integrada por áreas de salud, iniciada en algunos Servicios de Salud -Cataluña y Comunidad de Madrid-.

La Constitución no impone un determinado modelo de gestión y prestación de la asistencia sanitaria. La LGS se decantó por una forma organizativa, caracterizada por la gestión directa de los Servicios de Salud, llevada a cabo sin entes instrumentales intermedios dotados de personalidad jurídica, sin perjuicio de admitir la vinculación de los hospitales generales de carácter privado mediante convenios singulares y conciertos para la prestación de los servicios sanitarios con medios ajenos-externalización-, dándose prioridad a los establecimientos, centros y servicios sin carácter lucrativo. Es decir, la LGS permite la utilización de las formas de gestión admitidas con carácter general, con arreglo a los principios y criterios en ella establecidos

Las propuestas gerencialistas y de MCM tuvieron su primera plasmación política en nuestro país en el "Informe Abril" (1991). Otra iniciativa parlamentaria con recomendaciones muy parecidas, fue el Informe de la Subcomisión para la modernización y consolidación del Sistema Nacional de Salud de 1997. Fruto de las mismas, en la década de los noventa del pasado siglo, tanto en el ámbito del INSALUD como en los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas que habían asumido competencias de gestión de la asistencia sanitaria, se fueron implantando nuevas formas de gestión en las instituciones sanitarias que pretendían superar la rigidez del modelo burocrático. Precisamente, la Ley 15/1997, de 25 de abril, titulada "Habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud", trae causa de las recomendaciones de esos Informes, constituyendo un importante instrumento de flexibilización y autonomía en la gestión sanitaria para hacer más eficiente la asistencia sanitaria pública -impulsó el desarrollo de cualquier forma jurídica para la gestión de centros sanitarios siempre que estos mantengan la naturaleza y titularidad pública, y respeten el carácter de servicio público de la asistencia-.

Sin embargo, frente al carácter coherente y sistemático de la legislación básica estatal, contenido en la Ley General de Sanidad y en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, la Ley 15/1997 constituye un auténtico "verso suelto" dentro del modelo de regulación de la Sanidad pública en España. El consenso político fue menor en la reforma de las formas de gestión, que en las anteriores leyes básicas sanitarias.

Al hilo de lo anterior, hay que distinguir entre innovaciones de gestión de servicios sanitarios que no implican personificación jurídica específica y lo que se consideran específicamente nuevas

formas de gestión, más ligadas a la personificación jurídica, tanto públicas como privadas -fundaciones y sociedades mercantiles-.

La diversificació de formas de gestión ha sido objeto permanente de controversia. El debate durante los últimos años ha venido auspiciado en buena parte por la ausencia de una evaluación sistemática y objetiva, en términos de eficiencia relativa, equidad e igualdad de acceso, del complejo panorama de la gestión sanitaria en el SNS por parte de los organismos encargados de garantizar la calidad y la coordinación del Sistema, tanto en el nivel estatal como en el autonómico.

La evaluación de la eficiencia de las distintas formas de gestión sanitaria entronca con la propia eficiencia de las Administraciones Públicas como garantes de servicios públicos esenciales. En ausencia de un esfuerzo sistemático de información y evaluación técnica del conjunto del proceso, se ha reconducido el debate al terreno de la polarización política.

Encontrar soluciones a los problemas organizativos de la Sanidad desde una perspectiva económica y jurídica, es fácil; las dificultades están en la implantación

Sin embargo, el propio Gobierno -preámbulo del Real Decreto 840/2002, de 2 de agosto, por el que se modifica y desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo- dió por culminada la búsqueda de fórmulas para lograr una mayor agilidad y calidad en la gestión de las prestaciones sanitarias. Esta consideración, no ha sido pacífica por la controversia despertada en la implantación de las "nuevas formas de gestión" y la externalización de la asistencia sanitaria impulsada por algunas Comunidades Autónomas.

Las opciones organizativas de la gestión de la asistencia sanitaria, no son en absoluto excluyentes, sino que en la realidad se produce una combinación de las mismas. Pueden y deben combinarse estas, para distribuir las funciones prestación de asistencia sanitaria de la forma que se considere más eficiente. Así ocurre en casi todos los ámbitos de la actuación administrativa y, desde luego, en la Sanidad.

1.1.3. Ordenación de los Servicios Sanitarios

Dadas las semejanzas, aunque con matices, de las opciones organizativas utilizadas en el sector sanitario, tanto por el Estado como por las Comunidades Autónomas, el régimen jurídico básico de las personas jurídico-públicas y jurídico-privadas, y la legislación de contratación administrativa en la legislación del Estado, sirve como marco teórico de referencia común a todas.

Las Comunidades Autónomas, titulares de las competencias sanitarias, están capacitadas para la creación de entes institucionales en base a su potestad organizativa, connatural con el principio de autonomía. El régimen jurídico de la organización administrativa en la legislación de las Comunidades Autónomas, es el marco normativo en el que, dentro de los límites derivados de la legislación estatal -general y sectorial-, se han de insertar las opciones organizativas de configuración de sus Servicios de Salud respectivos y además, sirve para encuadrar las formas jurídicas utilizadas en la configuración de otras entidades gestoras de asistencia sanitaria pública y de centros sanitarios proveedores de la misma.

En el ámbito de las Comunidades Autónomas, al igual que en el estatal, hay tres niveles de organización, con independencia de las denominaciones que se les quiera dar: en primer lugar, la estructura central de cada una de estas Administraciones; en segundo lugar, los fenómenos de personificación pública, ya ajuste su actuación principalmente al Derecho público o al Derecho privado; y, por último, los fenómenos societarios de personificación y las fundaciones en mano pública.

La clave de la ordenación sanitaria de las Comunidades Autónomas es el Sistema Sanitario Público de las mismas. Casi todas las Leyes de Salud/Ordenación sanitaria, salvo Asturias, Murcia y

Navarra, lo definen y regulan, de manera similar. El órgano de dirección del Sistema Sanitario Público de cada Comunidad Autónoma es la Consejería competente en materia de Salud.

Con carácter general, el Consejo de Gobierno de las Comunidades Autónomas, ejerce la competencia de ordenación de los servicios sanitarios y regula la participación de los ciudadanos, la Consejería competente en materia de Salud, ejerce la función de asistencia sanitaria, ostentando en concreto la titularidad de los servicios sanitarios, mientras que la gestión se reserva a organismos, entes y entidades dedicados exclusivamente a la provisión de asistencia sanitaria, o bien a órganos -sin personalidad jurídica- especializados. Es decir, en el Sistema Sanitario Público de cada Comunidad Autónoma, se diferencian Funciones propias de la Consejería competente en materia de salud -Autoridad sanitaria, planificació , aseguramiento, financiación, asignación de recursos, ordenación de prestaciones, concertación de servicios ajenos e inspección- y Funciones de gestión y provisión de asistencia sanitaria asumidas por los organismos, entes y entidades dedicados exclusivamente a la misma y adscritos a la Consejería de Salud.

1.1.4. El principio de gestión unitaria: Las Áreas de Salud

Surge entonces el interrogante de saber, si la LGS, ha establecido ciertos condicionantes o limitaciones a la capacidad de organización de los Servicios de Salud por las Comunidades Autónomas. La única previsión contenida en esa Ley, es el mandato para que delimiten y constituyan en su territorio demarcaciones denominadas Áreas de Salud, que son las estructuras fundamentales del Sistema Sanitario Público.

Junto al principio descentralización, la LGS establece el principio de gestión unitaria por Áreas de Salud -desconcentración-, las cuales desarrollarán sus actividades en los ámbitos de la Atención primaria de salud y de la Atención especializada. Son responsables de la gestión unitaria de los centros y establecimientos sanitarios del Servicio de Salud, en su demarcación territorial.

La concentración de servicios sanitarios y su integración en el nivel político y administrativo de las Comunidades Autónomas, que sustituyen a las Corporaciones Locales en algunas de sus responsabilidades tradicionales, fenómeno que se denominó "neocentralismo regional frente a los municipios", podría haber provocado una fuerte centralización de servicios a ese nivel; sin embargo la LGS neutraliza ese posible efecto, estableciendo las Áreas de Salud y otorga a las Corporaciones Locales un efectivo derecho a participar en el control y en la gestión de dichas Áreas.

La LGS no prejuzga la forma de organización de las Áreas de Salud. En ningún caso las Comunidades Autónomas les han atribuido personificación jurídica propia, sino que se ha mantenido su configuración como estructura especializada

En cuanto a la ordenación de las Áreas de Salud -que se han denominado de diferente forma en algunas Comunidades Autónomas-, en la mayoría de las Comunidades, el Sistema Sanitario Público se ordena en Áreas de Salud, salvo las Comunidades Autónomas de Canarias, Islas Baleares y Navarra, en las que son sus respectivos Servicios de Salud los que se ordenan en Áreas de Salud. Estaría a caballo entre esas dos tipologías, el Principado de Asturias.

En la Región de Murcia y en el País Vasco, no se especifica si las Áreas de Salud son las demarcaciones del Sistema Sanitario Público, o bien del Servicio de Salud.

Habría que criticar la determinación de las funciones de las Áreas de Salud; por ejemplo, para poder llevar a cabo la función de "compra de servicios" -asignación presupuestaria- tendrían que tener un funcionamiento autónomo y con funciones mucho más precisas de las que tienen, en la medida en que su función es actuar como intermediarios, entre los financiado es y los proveedores de servicios sanitarios, contratando éstos.

1.1.5. La opción organizativa general del Sistema Nacional de Salud: Gestión directa mediante formas de personalidad diferenciada

La opción organizativa generalizada en el SNS para la actividad prestacional, son los órganos especializados no personificados -Áreas de Salud, centros y establecimientos sanitarios, tanto de Atención primaria como especializada-, que gestionan la asistencia sanitaria en régimen de desconcentración.

También pueden asumir dichas funciones, cualquier estructura específica que se cree por la Administración sanitaria, para la gestión de un establecimiento, un servicio público o el ejercicio de una función específica, pudiendo tener diversas denominaciones. En este grupo se incluirían, entre otras, las Áreas Clínicas (Comunidad Valenciana) y Unidades de Gestión Clínica (Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana), las Estructuras de Gestión Integrada (Galicia) y las Áreas de Gestión Sanitaria (Andalucía).

El régimen jurídico de estos órganos desconcentrados es íntegramente de Derecho público, ya que, al no tener personalidad jurídica propia, se integran en la estructura administrativa.

1.1.6. Gestión directa mediante organismo públicos: Forma elegida para configurar los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas

Los Servicios de Salud, se han configurado como el principal gestor y proveedor de asistencia sanitaria pública de cada Comunidad Autónoma. No obstante, se pueden clasificar en dos grupos. En un primer grupo están los Servicios de Salud, gestores de la asistencia sanitaria pública, siendo también, los principales proveedores de la misma, aunque pueden no ser, los únicos; incluiría este grupo, la mayoría de ellos.

El segundo grupo engloba los Servicios de Salud que desarrollan funciones de autoridad sanitaria y también funciones de gestión de centros, servicios y establecimientos sanitarios; coexisten con otros proveedores, públicos y privados -vinculados por conciertos, convenios u otras fórmulas contractuales-. Es el caso de los Servicios de Salud Canario, Catalán y Madrileño. Estos Servicios de Salud acumulan, quizás, demasiadas funciones, en las que se entremezclan contenidos típicos de la Autoridad Sanitaria con otras puramente prestacionales; en la realidad, no existe una separación efectiva funciones.

Aunque no era un condicionante impuesto por la LGS, los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, en todo caso, se han organizado, en régimen de descentralización funcional, a través de Organismos públicos -personificaciones jurídico-públicas-. En ningún caso se ha optado por personificaciones de Derecho privado para su configuració

La personalidad jurídico-pública permite obviar los aspectos más engorrosos de la legislación mercantil: el control de la competencia desleal, legislación sobre abuso de posición dominante, que sí son de aplicación a las sociedades mercantiles; además permite ostentar potestades administrativas.

Dentro de los Organismos públicos, el Organismo autónomo autonómico es la tipología más utilizada para configurar los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. Su régimen jurídico es de Derecho público. Se han constituido los siguientes Organismos autónomos: Servicio Cántabro de Salud, Servicio de Salud de Castilla la Mancha, Servicio de Salud de Castilla y León (Gerencia Regional de Salud), Servicio de Salud de las Islas Baleares, Servicio Riojano de Salud. Como Organismos autónomos de carácter administrativo están los siguientes: Servicio Aragonés de Salud, Servicio Canario de Salud, Servicio Extremeño de la Salud, Servicio Gallego de Salud, Servicio Navarro de Salud y Agencia Valenciana de Salud.

Otra tipología utilizada es las Agencia; esta se rige por el Derecho público en el supuesto de ser Agencia administrativa y en el caso de Agencias públicas empresariales, se rigen por el Derecho

público y por el Derecho privado. En el sector sanitario, ha sido Andalucía, la única Comunidad Autónoma que ha utilizado la forma jurídica de Agencia para la gestión de servicios sanitarios. Concretamente el Servicio Andaluz de Salud, se ha configurado como Agencia administrativa.

También se pueden configurar los Servicios de Salud como Entidades autonómicas de Derecho público cuya actuación se rige por el Derecho privado y por el Derecho público. En este supuesto, el régimen jurídico es dual, si bien la sujeción al Derecho público suele ser en un grado menor. Así ha ocurrido en Cataluña, Madrid, País Vasco, Región de Murcia y Asturias.

En definitiva, el modelo organizativo de los Servicios de Salud, aplicado por las Comunidades, además de por una gran uniformidad, se caracteriza porque ha existido un gran parecido respecto del modelo estatal previo -modelo INSALUD-.

Junto al prestador principal -Servicio de Salud-, en algunas Comunidades Autónomas, se han constituido otras formas de personificación a las que se les encomiendan la prestación de servicios sanitarios. Es el caso de las Agencias Públicas Empresariales en Andalucía, Entidades públicas de Derecho privado -con diferente denominación-, e incluso en algún caso, se ha recurrido al Organismo autónomo -Canarias-.

1.1.7. El mito caído de la personificación jurídica de centros sanitarios

Valorando en conjunto el Sistema Nacional de Salud, se concluye que dejando aparte la personificación mediante Organismos públicos de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, la utilización de organismos, entes y entidades jurídico-públicos -con personalidad jurídica-, y estructuras específicas -sin personalidad jurídica- para la gestión directa de la asistencia sanitaria, ha sido muy escasa; siendo aún menor la utilización de personificaciones jurídico-privadas como Fundaciones públicas autonómicas -en mano pública- y Sociedades mercantiles autonómicas. Como consecuencia, el debate de la gestión de la asistencia sanitaria pública está centrado actualmente, en la gestión indirecta-externalización- .

Excepto en las Comunidades Autónomas de la Región de Murcia, Navarra y La Rioja, en el resto, se han utilizado órganos administrativos, formas jurídico-públicas (Entidades de Derecho público) y formas jurídico-privadas (Fundaciones y Sociedades mercantiles) para gestionar aspectos conexos a la asistencia sanitaria: Docencia, investigación, infraestructuras sanitarias, evaluación de tecnologías sanitarias, calidad y acreditación, etc.

1.1.8. Gestión indirecta de la asistencia sanitaria: La colaboración de los sujetos privados

La opción por formas de gestión indirecta se plantea en los casos en los que la Administración necesite la colaboración de los sujetos privados para el cumplimiento de sus obligaciones o bien, por decisión política, se pretenda dejar más espacios a los agentes privados proveedores de asistencia sanitaria. La aportación de la colaboración público-privada a incrementar la eficiencia y calidad de los servicios públicos, exige un alto grado de aceptación social de la gestión privada del servicio público y un compromiso del sector privado con el interés general. El sector privado deberá cambiar del modelo cliente-proveedor al de socio público.

Hay que diferenciar la externalización de los servicios públicos, de los términos liberalización y privatización que, en ocasiones, se emplean erróneamente como sinónimos. Se identifica el término externalización con la institución de la gestión indirecta, inserta en las normas de organización y contratación pública, en sus distintas magnitudes e intensidades, dependiendo de la esencialidad del servicio objeto de prestación. Las nuevas formas de gestión no son supuestos de privatización de servicios públicos, pues no se trata de reducir la actividad pública de producción y distribución de servicios sanitarios mediante su traspaso a la iniciativa privada. Consiste, por el contrario, o bien en la privatización de la gestión o en lo que se ha denominado privatización de la organización de

los servicios sin cambio de titularidad. Las nuevas corrientes de la colaboración público-privada, son, más bien, actualizaciones de la técnica de financiación privada mediante *la gestión indirecta o externalización*, lo cual no está libre de polémica, cuyo principal motivo es el sustrato cultural.

Esta categoría de gestión indirecta, engloba una heterogeneidad de supuestos de ejercicio por sujetos privados de competencias asumidas como propias por la Administración Pública. Existe una sujeción de estas actividades públicas -funciones públicas- , en mayor o menor grado, a un régimen jurídico público, así como una vinculación de estos sujetos privados a la Administración por un conjunto de potestades de ordenación, de dirección y control.

Las Comunidades Autónomas, además de prever con carácter general la posibilidad de acudir a la colaboración de la iniciativa privada -gestión indirecta- para la prestación de servicios sanitarios, usualmente se han ocupado de regularla específicamente, en el marco de la legislación básica del Estado. Esta regulación es muy similar para todas ellas, estableciendo unas previsiones muy genéricas e incluyendo exigencias de la obtención de homologación o acreditación de los centros o entidades que deseen colaborar con la iniciativa pública. Esta colaboración, en todo caso, se ha de realizar teniendo en cuenta los principios de complementariedad, optimización, necesidad de atención en cada momento y adecuada coordinación en la utilización de recursos públicos y privados. Las Comunidades Autónomas de Valencia, Madrid y Cataluña, son las que más han utilizado las fórmulas de colaboración público-privada para la realización de infraestructuras sanitarias y gestión de la asistencia sanitaria, despertando gran controversia. Tambien en Castilla La Mancha, Castilla y León y Galicia, han iniciado la utilización de fórmulas de CPP, tipo PFI (Private Finance Initiative), para la construcción de hospitales -no se externaliza la gestión de la asistencia sanitaria-.

1.2. Gestión de la asistencia sanitaria en el Sistema Sanitario Público de Andalucía: El final de la apuesta por las técnicas de gestión empresarial

La configuración legal del derecho a la protección de la salud de la ciudadanía de la Comunidad Autónoma de Andalucía se concreta tanto en la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía como en la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía. Es la primera de estas Leyes la que encuadra la gestión administrativa de la asistencia sanitaria pública de la Comunidad Autónoma.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 43 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, el Sistema Sanitario Público de Andalucía, en adelante SSPA, se define como el conjunto de recursos, medios organizativos y actuaciones de las Administraciones sanitarias públicas de la Comunidad Autónoma o vinculadas a las mismas, orientados a satisfacer el derecho a la protección de la salud a través de la promoción de la salud, prevención de las enfermedades y la atención sanitaria.

1.2.1. Ordenación de los servicios sanitarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía

El Sistema Sanitario Público de Andalucía se organiza en demarcaciones territoriales denominadas Áreas de salud, estas constituyen el marco de planifica ión y desarrollo de las actuaciones sanitarias, debiendo disponer de la financiación y dotaciones necesarias para prestar los servicios de atención primaria y especializada, asegurando la continuidad de la atención en sus distintos niveles y la accesibilidad a los servicios del usuario.

Con la finalidad de alcanzar la mayor eficacia en la organización y funcionamiento del Sistema Sanitario Público de Andalucía, cada Área de salud se divide territorialmente en zonas básicas de salud. Estas son el marco territorial elemental para la prestación de la atención primaria de salud. En cuanto a la ordenación funcional, la asistencia sanitaria se prestará de manera integrada a través de programas médico-preventivos, curativos, rehabilitadores, de higiene y educación sanitaria. La asistencia sanitaria se organizará en dos niveles, que actuarán bajo criterios de coordinación: Atención primaria y Atención especializada.

Para la planificación, gestión y apoyo a la prestación de los servicios de atención primaria de salud de Andalucía, existirá el distrito de atención primaria, cuyo ámbito de actuación será determinado por la Consejería de Salud.

Cada Área de salud dispondrá de, al menos, un dispositivo de atención especializada de titularidad pública, al que pueda acceder la población de la misma para recibir dicha atención.

La Consejería de Salud, en el marco de la Ley 2/1998, podrá establecer otras estructuras con criterios de gestión y/o funcionales para la prestación de los servicios de atención primaria y/o especializada, atendiendo a razones de eficacia, del nivel de especialización de los centros y de la innovación tecnológica.

1.2.2. Régimen jurídico de los órganos, organismos y entidades públicas con competencias en gestión directa y prestación de servicios sanitarios

El artículo 45 de la Ley 2/1998, expresamente dispone que, además de los centros, servicios y establecimientos sanitarios integrados en Servicio Andaluz de Salud, en adelante SAS, el SSPA comprende los que integran las entidades de naturaleza pública adscritas a la Administración sanitaria de la Junta de Andalucía.

En dicho contexto, desde el punto de vista instrumental, las competencias en materia de salud de la Administración de la Junta de Andalucía se ejercen en la actualidad por el SAS, en su condición de Agencia Administrativa, quedando con carácter hegemónico tras la reciente disolución de las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias (APES), como se analiza más adelante.

A) Servicio Andaluz de Salud

El Servicio Andaluz de Salud se creó como un Organismo Autónomo de carácter administrativo de la Junta de Andalucía adscrito a la Consejería de Salud para la gestión y administración de los servicios públicos de atención sanitaria que dependen orgánica y funcionalmente del mismo y cuya titularidad corresponde a dicha Consejería.

A partir del Decreto 216/2011, de 28 de junio, de adecuación de diversos Organismos autónomos a las previsiones de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, de la Administración de la Junta de Andalucía, tiene la condición de Agencia administrativa[3] de las previstas en el art. 65 Ley 9/2007, continuando adscrito a la Consejería con competencias en materia de Salud, como a continuación se dirá. Por consiguiente el Servicio Andaluz de Salud se rige por el Derecho Administrativo.

En referencia a sus normas de creación, la organización y funciones del SAS se regulan en el Capítulo VI del Título VII de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, Capítulo que ha sido desarrollado por sucesivos decretos, estando vigente en la actualidad, el Decreto 105/2019, de 12 de febrero, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Familias y del Servicio Andaluz de Salud . También son de aplicación al SAS, los artículos vigentes de la Ley 8/1986, de 6 de mayo, de creación del Servicio Andaluz de Salud.

El SAS se estructura en los siguientes órganos superiores de dirección y gestión (Art. 67 Ley 2/1998):

- Consejo de Administración.
- Dirección Gerencia.

[3] Según el art. 65 Ley 9/2007, las agencias administrativas son entidades públicas que se rigen por el Derecho Administrativo, a las que se atribuye, en ejecución de programas específicos de la actividad de una Consejería, la realización de actividades de promoción, prestacionales, de gestión de servicios públicos y otras actividades administrativas. Se rigen por el mismo régimen jurídico de personal, presupuestario, económico-financiero, de control y contabilidad que el establecido para la Administración de la Junta de Andalucía.

- Las Direcciones Generales que se establezcan.

Funciones del Servicio Andaluz de Salud

Bajo la dirección, supervisión y control de la Consejería con competencias en Salud, desarrollará las siguientes funciones, reguladas en el art. 65 de la Ley 2/1998:

- Gestión y administración de los centros y servicios sanitarios adscritos al mismo, y que operen bajo su dependencia orgánica y funcional.
- Prestación de asistencia sanitaria en sus centros y servicios sanitarios.
- Gestión de los recursos humanos, materiales y financieros que le estén asignados para el desarrollo de las funciones que le están encomendadas.
- Aquellas que se le atribuyan reglamentariamente.

En la actualidad en virtud del Decreto 105/2019, de 12 de febrero, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Familias y del Servicio Andaluz de Salud, está adscrito como entidad instrumental a la Viceconsejería (Art. 2.3). Es la Consejería de Salud y Familias a la que corresponde la ejecución de las directrices y los criterios generales de la política de salud, planificación, asistencia sanitaria, consumo, políticas de promoción de las familias, asignación de recursos a los diferentes programas y demarcaciones territoriales, alta dirección, inspección y evaluación de las actividades, centros y servicios sanitarios y aquellas otras competencias que le estén atribuidas por la legislación vigente.

Otras formas de gestión de centros y servicios en el Servicio Andaluz de Salud son las siguientes:

a) Las Áreas de Gestión Sanitaria

En base al art. 57 de la Ley 2/1998 y con el objetivo de impulsar la coordinación entre unidades asistenciales y mejorar la continuidad en la atención sanitaria, se han constituido Áreas de Gestión Sanitaria dependientes del SAS, para la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio Andaluz de Salud, en una demarcación territorial específica, y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos. Realizan la gestión unitaria de los recursos de una o varias Áreas Hospitalarias y de uno o varios Distritos de Atención primaria, así como de aquellos otros centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía que se le adscriban. No tienen personalidad jurídica.

El personal y los recursos de las Áreas Hospitalarias y de los Distritos de Atención primaria, pasan a estar adscritos a las Áreas de Gestión Sanitaria.

En cuanto a las normas reguladoras, dos Áreas de Gestión Sanitaria han sido creadas por Decreto, al amparo de la Disposición Adicional Segunda de la Ley 9/1993, de 30 de diciembre de Presupuestos para la Comunidad Autónoma de Andalucía para 1994, y el resto, en base al art. 57 de la Ley 2/1998, creadas por Orden, existiendo actualmente, dieciséis en total[4].

[4] Áreas de Gestión Sanitaria:
Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería
Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar Este
Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar Oeste
Área de Gestión Sanitaria Norte de Cádiz
Área de Gestión Sanitaria Norte de Córdoba
Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba
Área de Gestión Sanitaria Nordeste de Granada
Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada
Área de Gestión Sanitaria Norte de Huelva
Área de Gestión Sanitaria Norte de Jaén

La regulación de las Áreas de Gestión Sanitaria es casi idéntica, por lo que se analizarán conjuntamente.

En cuanto a su estructura orgánica, los órganos de Dirección y Gestión del Área de Gestión Sanitaria son los siguientes:

- El Consejo de Dirección, órgano superior de dirección y gestión.
- El Gerente del Área de Gestión Sanitaria, que tiene a su cargo la gestión directa de las actividades de la misma, de acuerdo con las directrices marcadas por el Consejo de de Dirección, y en dependencia, jerárquica y funcional del mismo. Será nombrado y cesado por el Director Gerente del SAS.
- Los órganos y unidades administrativas que se establezcan
- El órgano colegiado de participación social es la Comisión Consultiva del Área de Gestión Sanitaria, regulada por el Decreto 529/2004, de 16 de noviembre.

De acuerdo con los criterios y directrices generales establecidos por la Consejería competente en materia de Salud y el SAS, cada Área de Gestión Sanitaria desarrollará las funciones de *dirección, gestión y evaluación* de todas las actividades de las instituciones y centros sanitarios integrados en la misma, y en particular las siguientes:

- La Administración y gestión de los Centros y Servicios Sanitarios que se le adscriban.
- La organización, gestión y evaluación de las actividades y programas de atención sanitaria a la población de su ámbito en lo relativo a la promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación.
- Gestión de las prestaciones sanitarias y farmacéuticas a las que tengan derecho los ciudadanos de su ámbito territorial.
- Gestión de los acuerdos, convenios y conciertos en su ámbito territorial y competencial.
- Elaboración y presentación al SAS de las previsiones presupuestarias del Área.
- La gestión y administración de los recursos presupuestarios correspondientes, sin perjuicio de las competencias que correspondan a otros órganos.
- La dirección y gestión del personal adscrito al conjunto de las instituciones y centros integrados e el Área de Gestión Sanitaria.
- Organización y desarrollo de las funciones del SAS en materia de formación, docencia e investigación.

b) Otras formas de gestión

El art. 66 Ley 2/1998 prevé que para la gestión de los centros y servicios adscritos, el SAS podrá elevar a la Consejería de Salud para su aprobación, propuestas para:

- La constitución de consorcios de naturaleza pública u otras fórmulas de gestión integrada o compartida con entidades de naturaleza o titularidad pública o privada

Área de Gestión Sanitaria Nordeste de Jaén
Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga-Axarquía
Área de Gestión Sanitaria Norte de Málaga
Área de Gestión Sanitaria Serranía de Málaga
Área de Gestión Sanitaria de Osuna
Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla

sin ánimo de lucro, con intereses comunes o concurrentes, que podrán dotarse de organismos instrumentales.

- La creación o participación en cualesquiera otras entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en derecho, cuando así convenga a la gestión y ejecución de los centros y servicios adscritos al mismo.

Adscrito funcionalmente al Servicio Andaluz de Salud, el Consorcio Sanitario Público del Aljarafe, que es una entidad de derecho público integrada por el propio SAS y la provincia Bética Nuestra Señora de la Paz de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, y constituida mediante Convenio de 1 de Diciembre de 2003 previo acuerdo de Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía. Tiene como objetivo la prestación de asistencia sanitaria a municipios de la zona del Aljarafe en el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, cuya plena capacidad asistencial aporta al Consorcio la provincia Bética de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, propietaria del mismo.

B) Agencias Públicas Empresariales

En la década de los noventa, se crearon en Andalucía Empresas públicas[5] para la gestión de servicios sanitarios competencia de la Comunidad Autónoma. Esas empresas públicas se han transformado en Agencias Públicas Empresariales[6].

De acuerdo con el art. 68 de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, de Administración de la Junta de Andalucía, las Agencias Públicas Empresariales (APES) son entidades públicas instrumentales a las que se atribuye la realización de actividades prestacionales, la gestión de servicios o la producción de bienes de interés público, sean o no susceptibles de contraprestación, y que aplican técnicas de gestión empresarial en ejecución de competencias propias o de programas específicos de una o varias Consejerías, en el marco de la planificación y dirección de estas. Se trata de Entidades de Derecho Publico, con personalidad jurídica, que por ley hayan de ajustar sus actividades al ordenamiento jurídico privado.

El personal de las Agencias Públicas Empresariales se rige en todo caso por el Derecho Laboral, así como por lo que le sea de aplicación en la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público. Será seleccionado mediante convocatoria pública en medios oficiales, basada en los principios de igualdad, mérito y capacidad.

Es personal directivo de las Agencias Públicas Empresariales el que ocupa puestos de trabajo determinados como tales en los estatutos, en atención a la especial responsabilidad, competencia técnica y relevancia de las tareas asignadas. Su régimen jurídico será el previsto en el artículo 13 de la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público, y en la normativa de desarrollo dictada por la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Al Servicio Andaluz de Salud, al que se le adscriben la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol, la Agencia Pública Empresarial

[5] Referente a las antecesoras empresas públicas hay que considerar el art. 6º de la derogada Ley 5/1983, de 19 de julio, de la Hacienda Pública de la Comunidad Autónoma de Andalucía, que decía textualmente: "Son empresas de la Junta de Andalucía, a efectos de esta Ley: a) Las sociedades mercantiles, en cuyo capital sea mayoritaria la participación de la Junta o de sus organismos autónomos; b) Las entidades de derecho público con personalidad jurídica, que por Ley hayan de ajustar sus actividades al ordenamiento jurídico privado. Las empresas de la Junta se regirán por su legislación específica y por la normas de Derecho Mercantil, Civil o Laboral, salvo en las materias en las que les sea de aplicación la presente Ley".

[6] Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol, Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente de Almería, Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital Alto Guadalquivir y Agencia Pública Empresarial Sanitaria Bajo Guadalquivir:Todas ellas se crearon como Entidades de Derecho público de las previstas en el artículo 6.1.b) de la Ley General de la Hacienda Pública de la Comunidad Autónoma de Andalucía (Ley 5/1983, actualmente derogada); se trata de Entidades de Derecho Publico, con personalidad jurídica, que por ley hayan de ajustar sus actividades al ordenamiento jurídico privado.

Sanitaria Hospital de Poniente de Almería, la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital Alto Guadalquivir y la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Bajo Guadalquivir, sin perjuicio de su dependencia de la Consejería de Salud y Familias (Art. 2.3, Decreto 105/2019 de la Consejería de Salud y Familias).

El contenido de las normas reguladoras de estas Agencias Públicas Empresariales es casi idéntico. La regulación de la organización de las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias se rige por sus respectivos Estatutos. Su estructura, además de la administrativa necesaria para su funcionamiento, es la siguiente:

- *Órganos rectores: Consejo de Administración* y el Director Gerente
- *Órgano Asesor de participación: Comisión Consultiva, como órgano asesor.*

C) Disolución de las Agencias públicas empresariales: La asunción por el Servicio Andaluz de Salud de sus fines y objetivos

Aunque el papel de las APES se ha revelado como esencial en su respectivo ámbito geográfico, se ha constatado la existencia de disfunciones generadas por la falta de homogeneidad de la naturaleza jurídica de dichas APES con la del SAS que, a la postre, inciden en la misión asistencial que les compete.

El Gobierno andaluz, mediante el Decreto 193/2021, de 6 de julio, ha dispuesto la asunción por parte del SAS de los fines y objetivos de las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias. El objetivo de la medida de reorganización es profundizar en la configuración más racional del SSPA, como un sistema único, que permita hacer efectivo el derecho a la protección de la salud previsto en la Constitución Española, extinguiendo dichos entes instrumentales, unificando los recursos sanitarios asistenciales de esas entidades en el SAS. Para ello, se han publicado los Decretos de disolución[7]. Curiosamente este cambio en la gestión coincide con el nuevo signo político del Gobierno, tras muchos años de Gobiernos socialistas.

D) El futuro del personal de las Agencias Públicas Empresariales

En el Decreto 193/2021, también se prevé que de conformidad con lo dispuesto en el art. 44 del Estatuto de los Trabajadores, el SAS se subrogará en la condición de empleador del personal laboral de las APES, a cuyo efecto continuarán los procesos selectivos no finalizados que hubieran sido convocados por dichas APES. Todo ello, sin perjuicio de los procedimientos voluntarios de estatutarización que, en el futuro, se establezcan por parte del SAS conforme a lo dispuesto en la disposición adicional quinta de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

[7] Decreto 290/2021, de 28 de diciembre, por el que se disuelve la Agencia Pública Empresarial Sanitaria *Costa del Sol*, se designa órgano liquidador, se establecen medidas en materia de personal y otras medidas organizativas de carácter transitorio.
Decreto 291/2021, de 28 de diciembre, por el que se disuelve la *Empresa Pública de Emergencias Sanitarias* M.P., se designa órgano liquidador, se establecen medidas en materia de personal y otras medidas organizativas de carácter transitorio.
Decreto 292/2021, de 28 de diciembre, por el que se disuelve la Agencia Pública Empresarial Sanitaria *Hospital de Poniente de Almería*, se designa órgano liquidador, se establecen medidas en materia de personal y otras medidas organizativas de carácter transitorio
Decreto 293/2021, de 28 de diciembre, por el que se disuelve la Agencia Pública Empresarial Sanitaria *Hospital Alto Guadalquivir*, se designa órgano liquidador, se establecen medidas en materia de personal y otras medidas organizativas de carácter transitorio
Decreto 294/2021, de 28 de diciembre, por el que se disuelve la Agencia Pública Empresarial
Sanitaria *Bajo Guadalquivir*, se designa órgano liquidador, se establecen medidas en materia de personal y otras medidas organizativas de carácter transitorio.

Se plantea en la situación transitoria el siguiente problema: La actual normativa reguladora del SAS no contempla que esta Agencia administrativa pueda contratar a personal de naturaleza contractual laboral, excepción hecha de los profesionales asistenciales residentes en formación. A ello se ha de añadir que, como se ha previsto una sucesión empresarial, con el despliegue pleno de los efectos del artículo 44 del texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, la sustitución de este profesional laboral integrado no puede efectuarse por un personal estatutario temporal, dada la diferente naturaleza jurídica de ambas relaciones contractuales, lo que trae como consecuencia inmediata de esta imposibilidad legal de efectuar contrataciones bajo el amparo del régimen jurídico laboral que el personal integrado que, por las circunstancias legalmente establecidas curse una baja laboral o una suspensión de su contrato de trabajo, no podrá ser sustituido, con lo que ello supone de merma de la calidad asistencial, incremento de las demoras de los tiempos de espera, posibilidad de reclamaciones por exceder de los tiempos establecidos en la normativa sobre garantías de tiempo de respuesta, o, aún peor, en las actuales circunstancias en que la situación de la pandemia mundial por COVID-19 aún sigue incidiendo en el SSPA.

La respuesta que se ha dado es el Decreto-ley 29/2021, de 28 de diciembre, por el que se autoriza al Servicio Andaluz de Salud para contratar a personal laboral temporal prevé que hasta tanto finalicen los procesos de estatutarización del personal laboral de las Agencias Públicas Empresariales, el Servicio Andaluz de Salud podrá contratar temporalmente personal laboral no sujeto al VI Convenio Colectivo del personal laboral de la Administración de la Junta de Andalucía, previa autorización de la Consejería competente en materia de regeneración, previo informe favorable de la Consejería competente en materia de hacienda.

Dichas contrataciones, que tendrán por objeto cubrir las sustituciones de los profesionales laborales integrados, se realizarán para mantener homogéneas las relaciones de empleo del personal de cada uno de los centros sanitarios gestionados por las Agencias Públicas Empresariales sanitarias disueltas y con el fin de posibilitar la eficacia en la gestión, en el marco del proceso extinción de dichas Agencias.

Así pues, mientras tiene lugar el procedimiento de estatutarización conforme a lo previsto en la disposición adicional quinta de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, el personal de las APES que se integra en el SAS se regirá por las condiciones establecidas en sus contratos de trabajo, en su convenio colectivo vigente y demás previsiones que resulten de aplicación conforme a la legislación laboral, y de acuerdo con el régimen organizativo y funcional del centro o establecimiento del SAS al que se adscribe.

E) Personal del Sistema Nacional de Salud: La utilización del Derecho del Trabajo no justifica una mayor eficiencia en la gestión

Uno de los argumentos utilizados para proponer y regular nuevas formas de gestión en los servicios sanitarios públicos, es precisamente, que se consiguen mayores niveles de eficiencia cuando el personal está sometido al Derecho del Trabajo, respecto al personal funcionario/estatutario, sometido al Derecho público.

En el SSPA, al igual que en el Sistema Nacional de Salud han coexistido, junto al personal estatutario -el mayoritario-, personal funcionario y laboral. A raíz de la disolución de las APES como se ha expuesto, el personal del SSPA es, en su totalidad, estatutario.

Los regímenes jurídicos aplicables a los empleados públicos sanitarios, en el SNS, están en permanente ósmosis, máxime desde la entrada en vigor del Estatuto Básico del Empleado Público, que es la norma clave, junto con el Estatuto Marco, de referencia para conocer el régimen jurídico aplicable al personal del SNS.

Las diferencias básicas, entre la relación jurídica funcionarial/estatutaria y la laboral, se centran en la constitución de la relación, en la negociación colectiva y a diferencia con la norma laboral, el régimen estatutario/funcionarial establecido con carácter general, no puede ser modificado o alterado por la Administración en relación a un caso singular y en perjuicio o en ventaja de alguno o algunos de los funcionarios públicos/personal estatutario, ni en vía contractual ni unilateralmente, a menos que el propio instrumento normativo así lo autorice. Finalmente hay diferencias en cuanto a la jurisdicción competente.

Tiene especial interés, comparar los diferentes regímenes aplicables al personal de los Servicios de Salud y realizar una valoración, desde una perspectiva global y jurídico-organizacional, para determinar, en términos generales, las ventajas e inconvenientes que cada uno de esos universos normativos poseen a los efectos de la gestión de los recursos humanos en el ámbito de los centros sanitarios. Para ello, metodológicamente, utilizamos la idea de la flexibilidad, tanto externa como interna.

En cuanto a la flexibilidad externa, es mayor, tanto a la entrada como a la salida en la normativa laboral que en la estatuaria/funcionarial. El fundamento de esa rigidez del modelo estatutario/funcionarial, podría pensarse que se halla en la voluntad de salvaguardar la imparcialidad, la independencia y la profesionalidad del personal estatutario, en un intento de garantizar la mejor defensa posible del interés público en juego, incluso frente al propio principio de jerarquía orgánica presente en el ámbito administrativo. Respecto a ello se puede hacer la siguiente reflexión. La estabilidad no tiene valor por sí misma, sino en cuanto se traduce en elementos como la inversión empresarial o de la institución sanitaria en formación profesional, la profesionalidad del personal, el compromiso del trabajador con la organización y con sus valores culturales, etc. Además, la estabilidad corre el riesgo de convertirse, en una medida perjudicial para la motivación del propio personal en la prestación de sus servicios; y junto a ello cabe tener en cuenta que la profesionalidad sólo puede justificar adecuadamente la estabilidad del personal cuando va acompañada de otras medidas. No se requiere la "rigidez" como presupuesto necesario para tener un personal imparcial y profesional; ejemplo de ello es que aquélla no es un presupuesto de la normativa laboral y no existen dudas sobre la profesionalidad de los trabajadores, sanitarios y no sanitarios, sometidos al Derecho del Trabajo.

En cuanto a la "flexibilidad interna", la normativa laboral, de nuevo, resulta más flexible que la estatutaria, si bien con ciertas excepciones. En efecto, en algunos casos -tiempo de trabajo y movilidad- la flexibilidad puede ser mayor en el ámbito del personal estatutario, a través de una vía indirecta, centrada en el importante papel que en esas materias puede cumplir la discrecionalidad directiva, basada o justificada en las "necesidades asistenciales". En efecto, la jornada -complementaria y especial-, el horario, las vacaciones, las funciones o el lugar de trabajo - movilidad por razón del servicio- del personal estatutario pueden depender de hecho, tanto en su instauración como en su eventual modificación, de la decisión última de la institución sanitaria en la que presta servicios, tomando como base las "necesidades del servicio". No hay duda, sin embargo, de que esa discrecionalidad debe entenderse limitada por la interdicción de la arbitrariedad y del abuso del derecho así como por el principio de igualdad y de derechos adquiridos, y debería restringirse, expresamente a través de la negociación colectiva desarrollada en ese ámbito.

1.2.3. Otras entidades públicas dependientes de la Junta de Andalucía y adscritas a Consejería con competencias en materia de salud especializadas en ámbitos funcionales distintos a la gestión de la asistencia sanitaria

Existen otras entidades cuya finalidad no es la prestación directa de servicios sanitarios, sino que están especializadas en otros ámbitos funcionales que son competencia completa o compartida por la Consejería:

- Bajo la forma jurídica de *fundación* existen las siguientes:
    - Fundación Progreso y Salud.
    - Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental.
    - Fundación Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.
    - IAVANTE.
    - Fundación Campus de la Salud de Granada
- Bajo la forma de *sociedad mercantil* del sector público andaluz: Escuela Andaluza de Salud Pública, S.A. (anteriormente era una Empresa Pública creada al amparo del art. 6.1. a. de la derogada Ley de Hacienda Pública de Andalucía). El Decreto 140/2013, de 1 de octubre, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales y del Servicio Andaluz de Salud, lo considera una entidad instrumental de la Consejería.
- Por Decreto 318/1996, de 2 de julio, se creó la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía con la finalidad de fomentar la evaluación de tecnologías y procedimientos sanitarios en el Sistema Sanitario Andaluz. Es un Servicio Administrativo sin personalidad jurídica propia, adscrita a la Dirección General de Calidad, Investigación y Desarrollo e Innovación de la Consejería (art. 2.4 Decreto 140/2013).

1.2.4. Colaboración de la iniciativa privada en la gestión

La Ley 2/1998 dedica a la colaboración de la Administración Sanitaria con la iniciativa privada el Capítulo VII del Título VII, instrumentándose a través de los convenios singulares de vinculación y de los conciertos sanitarios.

Los *convenios singulares* son los suscritos entre la Administración Sanitaria y entidades privadas titulares de centros hospitalarios, para la vinculación de los mismos al Sistema Sanitario Público de Andalucía. Se regirán por sus propias normas preferentemente, por la LGS, siéndoles de aplicación la normativa vigente de contratación administrativa.

Los *conciertos sanitarios* son los suscritos entre la Administración Sanitaria y entidades privadas titulares de centros y/o servicios sanitarios. Se regulan por la LGS, siéndoles de aplicación la normativa vigente de contratación administrativa. El régimen de concierto será incompatible con la percepción de subvenciones destinadas a la financiación de las actividades o servicios que hayan sido objeto del concierto.

La suscripción de convenios y conciertos con entidades, empresas o profesionales para la prestación de servicios sanitarios se realizará teniendo en cuenta los principios de complementariedad, optimización de los recursos sanitarios propios, necesidades de atención en cada momento, así como la adecuada coordinación en la utilización de los recursos públicos y privados.

En igualdad de condiciones de eficacia, eficienci y calidad, las entidades sin ánimo de lucro, tendrán consideración preferente para la suscripción de convenios y conciertos.

Los requisitos mínimos que deberán cumplir las entidades, centros y servicios para la suscripción de convenios o conciertos con el Sistema Sanitario Público de Andalucía, son la homologación previa, la acreditación previa, el cumplimiento de la normativa vigente fiscal, laboral y de Seguridad Social y la adecuación a cuantas disposiciones y normas afecten a las actividades objeto del concierto o convenio.

Los efectos de la suscripción de convenios y conciertos son:

- El desarrollo de las funciones propias de los centros sanitarios de acuerdo con lo que reglamentariamente se determine.
- El cumplimiento de las directrices y criterios de actuación establecidos por los órganos de la Administración de la Junta de Andalucía, y específicamente, la satisfacción de los principios informadores y objetivos establecidos en la Ley 2/19988.
- La satisfacción de las necesidades de información sanitaria y estadística que reglamentariamente se determinen, así como el sometimiento a las inspecciones y controles que procedan para verificar los aspectos de carácter sanitario asistencial, estructurales y económicos que se establezcan.
- El cumplimiento de la normas de Homologación[8] y acreditación, incluyendo aquellas referidas a gestión económica y contable que se determine. Se ha simplificado administrativamente en un solo procedimiento, la Autorización (Acreditación) y Homologación de los centros sanitarios previos los conciertos.

Sin perjuicio de lo dispuesto en la Ley de Contratos del Sector Público, serán causas específicas de denuncia o resolución del convenio o concierto, por parte de la Administración Sanitaria, las siguientes: Prestar atención sanitaria objeto del convenio o concierto contraviniendo los principios y criterios establecidos en la presente Ley Salud de Andalucía y demás normativa que le resulte de aplicación, establecer sin autorización servicios complementarios no sanitarios o percibir por ellos cantidades no autorizadas, infringir con carácter grave la legislación laboral, de la Seguridad Social o fiscal, vulnerar los derechos reconocidos a los ciudadanos en las leyes y demás normativa, incumplir gravemente o de modo que repercuta sensiblemente en la adecuada prestación de los servicios las obligaciones, requisitos o condiciones establecidos o acordados para la suscripción de los convenios o conciertos y para el desarrollo de los servicios concertados o conveniados.

Respecto a las cooperativas, el art. 83 de la Ley 14/2011, de 23 de diciembre, de Sociedades Cooperativas Andaluzas, las clasifica en: a) Sociedades cooperativas de primer grado, que a su vez se subdividen en: Cooperativas de trabajo, Cooperativas de consumo, Cooperativas de servicios, Cooperativas especiales b)Sociedades cooperativas de segundo o ulterior grado, que a su vez se clasifican en Homogéneas. Heterogéneas

[8] El Decreto-ley 26/2021, de 14 de diciembre, por el que se adoptan medidas de simplificación administrativa y mejora de la calidad regulatoria para la reactivación económica en Andalucía establece: El artículo 90 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, establece que los centros sanitarios susceptibles de ser concertados por las Administraciones Públicas Sanitarias deberán ser previamente homologados por aquellas, de acuerdo con un protocolo definido por la Administración competente, que podrá ser revisado periódicamente. En el desarrollo de este imperativo legal, el artículo 76 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, determina que para la suscripción de convenios o conciertos, las entidades, centros y servicios sanitarios deberán estar autorizados para el desarrollo de las actividades sanitarias objeto de los mismos en las correspondientes unidades asistenciales para las que se entenderán homologadas y acreditadas. *Así pues, el actual contexto normativo básico estatal y de desarrollo en Andalucía prevé la necesidad de la homologación con carácter previo a la concertación*. No obstante, la Ley 20/2013, de 9 de diciembre, de Garantía de la Unidad de Mercado, determinó límites al establecimiento de trabas y barreras en la regulación de la actividad económica, así el artículo 5 prevé los principios de necesidad y proporcionalidad en los límites al acceso a actividades económicas o en su ejercicio, respecto a la salvaguarda del interés general que lo motiva, en este caso la salud pública. Asimismo, en su artículo 7, establece que la intervención de las distintas autoridades competentes garantizará que no genera un exceso de regulación o duplicidades. Los principios de no discriminación, cooperación y confianza mutua, necesidad y proporcionalidad de sus actuaciones establecidos por esta Ley, se garantizarán en particular en las disposiciones y actos, entre otros, de autorizaciones, licencias y concesiones administrativas y documentación relativa a los contratos públicos, incluidos sus pliegos y cláusulas.

2. PLANES Y ESTRATEGÍAS QUE ENMARCAN LAS POLÍTICAS DE LA SANIDAD ANDALUZA Y LA ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

En estos documentos[9] se establecen el marco de actuación y los objetivos generales del Servicio Andaluz de Salud, así como los planes y las estrategias diseñadas para alcanzarlos.

1. Planes Marco

- Plan Andaluz de Salud y Planes Provinciales de Salud.
- Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias: Plan andaluz de Urgencias y Emergencias (En revisión) y Plan de alta Frecuentación 2019-2020.

2. Estrategías

- Estrategia de Atención Primaria: Plan Estratégico 2020-2022
- Estrategía de Promoción de una Vida Saludable en Andalucía
- Estrategía de Cuidados de Andalucía: Actuación de Enfermería en la Prestación Farmacéutica de Andalucía e Innovación de Cuidados en la Atención Urgente
- Estrategía para la Seguridad del Pacientes
- Estrategia de Investigación e Innovación en salud
- Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género
- Sistema Integral de Gestión Ambiental
- Seguridad Alimentaria: Estrategía de Seguridad Alimentaria en Andalucía 2018-2022

3. ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA EN ANDALUCÍA

La prestación directa de servicios sanitarios se realiza en dos niveles de Atención: primaria y especializada.

La Atención primaria es el primer nivel de atención e integra la asistencia preventiva, curativa, rehabilitadora y la promoción de la salud. Los servicios de atención primaria están organizados en distritos, integrados a su vez por demarcaciones territoriales denominadas *zonas básicas de salud*. En cada zona básica de salud se ubican los centros de atención primaria (*centros de salud y consultorios médicos)*, donde se proporciona una asistencia sanitaria en primera instancia.

La Atención Hospitalaria o Especializada el segundo nivel de atención y atiende a los pacientes que requieren atención sanitaria que no puede ser resuelta por la Atención primaria. Asimismo, en ellos se desarrolla docencia e investigación, con mayor envergadura que en Atención primaria.

3.1. Atención Primaria de Salud

3.1.1. Ordenación y Estructura de los servicios de Atención primaria[10]

La Ley 8/1986, creadora del Servicio Andaluz de Salud, determina que, coincidiendo con cada provincia, el Servicio Andaluz de Salud se ordena en ocho demarcaciones territoriales, denominadas Áreas de salud. Es decir, cada provincia andaluza es un Área de Salud.

[9] https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/el-sas/planes-marco-y-estrategias

[10] Normas de referencia:
-Ley 2/1998 de Salud de Andalucía
-Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud.

Cada Área de Salud estará integrada administrativa y funcionalmente por unidades menores que son de dos tipos:

- Distritos de Atención primaria de Salud: comprenden Zonas Básicas de Salud
- Áreas hospitalarias.

En los casos en que se establezcan Áreas de Gestión Sanitaria del art. 57 de la LSA, la organización de la Atención primaria quedará definida en la norma de creación de cada Área de Gestión Sanitaria, si bien las Zonas básicas de salud y los centros de atención primaria se organizarán conforme a los criterios establecidos en el Decreto 197/2007.

En cuanto a la estructura los servicios de atención primaria de salud se organizan en Distritos de atención primaria que integran demarcaciones territoriales, denominadas zonas básicas de salud. En cada zona básica de salud se ubican centros de atención primaria, en donde se presta la asistencia sanitaria de atención primaria a la ciudadanía.

En el Distritos de Atención primaria se integran las Unidades de Gestión Clínica de las Zonas Básicas de Salud el Dispositivo de Apoyo.

Órganos de dirección

- Dirección Gerencia
- Dirección de Salud
- Dirección de Cuidados de enfermería
- Dirección de Gestión Económica y desarrollo profesional

Órganos de asesoramiento

- Comisión de dirección
- Comisiones técnicas:

> La Dirección Gerencia del Distrito de atención primaria designará los miembros de las diferentes Comisiones técnicas, en número superior a cinco e inferior a doce, con una composición equilibrada en términos de representación de hombres y mujeres, no pudiendo ninguno de los géneros tener una presencia superior al sesenta por ciento ni inferior al cuarenta por ciento.

Comisiones:

- Calidad y procesos asistenciales
- Uso racional del medicamento
- Formación y docencia
- Ética e investigación sanitaria,
- Salud Pública

Órganos Intermedios e Instrumentos de gestión

- Dirección de UGC
- Coordinación de los cuidados de enfermería en la UGC
- Coordinaciones de Servicios

-Decreto 75/2007, de 13 de marzo, por el que se regula el sistema de provisión de puestos directivos y cargos intermedios de los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud

- Jefaturas de Servicio Administrativo

Dispositivo de Apoyo

Está integrado por los profesionales que realizan funciones administrativas, de gestión, técnicas o asistenciales, necesarias para asegurar la Atención primaria de salud a la población y el funcionamiento de las Unidades de Gestión Clínica

Profesionales adscritos al Dispositivo de Apoyo:

- Profesionales del área de salud bucodental
- Fisioterapeuta
- Matronas
- Técnicos superiores
- Trabajadores sociales
- Personal de gestión y servicios
- Personal de los DECU´s
- Servicios de salud publica
- Servicio de Farmacia
- Servicios de desarrollo profesional y económicofinancier
- Servicio de atención a la ciudadanía
- Epidemiólogos y técnicos de salud

Unidades de Gestión Clínica

La Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Atención primaria de salud es la estructura organizativa responsable de la atención primaria de salud a la población y está integrada por los profesionales de diferentes categorías, adscritos funcionalmente a las zonas básicas de salud (art. 22). Hasta la publicación del Decreto 197/07 la estructura de las actuales Unidades de gestión la han conformado los equipos básicos de atención primaria.

Objetivos:

- desarrollo actividad asistenciales
- promoción de la salud
- cuidados de enfermería

Criterios

- Autonomía organizativa
- Corresponsabilidad de gestión de recursos
- Buena práctica clínica

Características

La UGC se basa en un modelo de práctica clínica integrado, orientado a la obtención de resultados para la mejora de la eficacia, la efectividad y la eficien ia de la asistencia sanitaria, con criterios de buena práctica clínica, desarrollando la participación de los profesionales a través de una mayor autonomía y responsabilidad en la gestión.

Composición:

Funciones

Órganos intermedios

- Dirección
- Coordinación de cuidados de enfermería de la UGC

Acuerdo de gestión clínica

3.1.2. Renovación de la Atención primaria, la Estrategia de Atención Primaria: Plan Estratégico 2020-2022

La Estrategia de Atención Primaria[11] se diseña con el objetivo de definir e implementar las medidas estructurales sobre las que debe fundamentarse la Atención Primaria andaluza en los próximos años.

Se ha realizado un análisis de la evolución de la Atención primaria y de la disposición de recursos humanos desde el año 2020, teniendo en cuenta indicadores como: Actividad en Medicina de Familia, Solicitud de cita por canales externos, Demora media, Consulta de acogida de enfermería, Atención a personas con patología crónicas, Horario de los Centros de Atención primaria.

Las medidas propuestas actualizadas a 24/11/2021 son:

- *Mejorar la accesibilidad:*

  Redefinición de agendas profesionales según tipos de demanda clínica y tipos de intervención (presencial en centro, domicilio, consulta telefónica o videoconsulta/telemedicina…).

- *Gestión eficiente de la demanda asistencial*
  - — Ordenación de la respuesta asistencial, agilizando y situando la respuesta en el profesional que pueda dar respuesta al tipo de demanda de manera más adecuada y eficiente
  - — Consulta de acogida, primera valoración y resolución de la demanda no demorable por las enfermeras de Atención Primaria.
- *Atención a la cronicidad, sociosanitaria y salud mental y apoyo en cuidados paliativos*
  - — Seguimiento proactivo del paciente crónico, con especial énfasis en el paciente crónico complejo
- *Atención a la comunidad*
  - — Promoción de activos para la salud como forma de participación ciudadana en el cuidado de la salud
- *Nuevos perfiles profesionales*
  - — Administrativo de la salud. Formación y competencias para el seguimiento de algunos aspectos no asistenciales que precisa la ciudadanía en su interacción con el sistema sanitario.
  - — Nuevo enfoque de las enfermeras referentes para los centros escolares "Enfermeras Escolares". Se ampliarán y desarrollarán nuevas competencias.

[11] https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/el-sas/planes-marco-y-estrategias/estrategia-atencion-primaria-plan-estrategico-2020-2022

— Desarrollo de la enfermería de práctica avanzada. Se reforzará su papel en el abordaje específico de las personas con situaciones de cronicidad compleja y en el ámbito residencial.

- *Desburocratización*
  - — El personal médico no asumirá trámites burocráticos que no sean de su competencia
- *Revisión de la cartera de servicios*
  - — Nuevo modelo para la atención sanitaria a mayores que viven en residencias.
  - — Desarrollo de la promoción y prevención de la salud en el ámbito educativo.
  - — Tele/Videoconsulta y Telemedicina. Consulta telemática profesionales Atención Primaria- Atención Hospitalaria.
- *Plan de comunicación: Tu Atención primaria*
  - — Elaboración, difusión e implantación de un plan de comunicación "Tu Atención Primaria" con el objetivo de dar relevancia que corresponde a la Atención Primaria
- *Uso adecuado de las herramientas digitales para la atención en consulta*
  - — Potenciación y adaptación de las herramientas digitales. Nuevo modelo de consulta telefónica y videoconsulta, uso de buzón profesional, correo electrónico, Mercurio, ClicSalud+, App Salud Andalucía y desarrollo de la telemedicina.

En las medidas propuestas se constata la experiencia de la atención durante la Pandemia Covid que aún no ha finalizado

3.1.3. Comentario crítico a la Gestión en Atención primaria en Andalucía y en el conjunto del Sistema Nacional de Salud: Mayor satisfacción de los profesionales con resultados asistenciales similares mediante fórmulas indirectas

En Atención primaria, el modelo de gestión directa tradicional, es el denominado "Autonomía de gestión". Es el más arraigado en el Sistema Nacional de Salud, alcanzando el 90% de los Equipos de Atención primaria; es el implantado en Andalucía. Es un modelo desconcentrado, en el seno de un único proveedor público -Servicio de Salud-que se basa en la dirección por objetivos, sustentada en un contrato programa con el proveedor, o bien, contratos de gestión, gestión clínica (procesos). Pretende generar competencia entre los Equipos de Atención primaria.

A pesar de ser un modelo transparente, flexible y participativo, tiene puntos débiles: Dudas sobre la capacidad de los incentivos para producir mejoras, falta de integración entre niveles asistenciales -Atención primaria y Atención especializada-, intromisión del planificador -Consejería competente en materia de Salud, Servicio Autonómico de Salud- en la fijación de objetivos y en la evaluación de su consecución, escaso sustento epidemiológico y en planes de salud, mayor énfasis en productos intermedios que en finales-resultados-, criterios económicos -ahorro sobre todo farmacéutico y también en gestión de la incapacidad temporal-, poco peso de los conceptos variables en la retribuciones -hasta un 10%-. La Pandemia Covid ha aflorado deficencias e insuficiencias que se intenta paliar con el Plan Estratégico 2020-2022.

El Modelo de gestión indirecta de Atención primaria es el denominado de "Entidades de profesionales" -Cooperativas sanitarias, definidas y reguladas en la mayoría de las Comunidades Autónomas, y Sociedades, Mercantiles y Laborales-.

Con éstas fórmulas, se pretende dar un paso más, eliminando la relación de dependencia entre los profesionales y la organización, buscando un sistema diferente de vinculación de aquellos y su

mayor implicación en el proceso de gestión. Se trata de una fórmula de autogestión en la empresa y auto-organización del personal sanitario, diversificándose los proveedores privados

Es importante señalar que a diferencia de la relación de instrumentalidad -que se articulaba a través del principio de tutela- existente la Administración matriz y el organismo, ente o sociedad, en los modelos clásicos de la Administración institucional, la vinculación entre las cooperativas asistenciales y las sociedades con el Sistema Público Sanitario se realiza fundamentalmente a través de conciertos o convenios, previstos en la Ley General de Sanidad, o bien contratos administrativos. Paralelamente, la relación funcional, de actividad y de resultados, se materializa mediante la firma de contratos-programa.

Ejemplos de esta modalidad indirecta, son las Entidades de Base Asociativa implantadas en Cataluña -incluyen cooperativas sanitarias- y las sociedades de profesionales con personalidad jurídica propia de la Comunidad de Madrid, para la gestión indirecta de los Centros de Atención primaria. Curiosamente las primeras, implantadas hace años, no despertaron tanta controversia como ocurrió en la Comunidad de Madrid.

Entre los beneficios de este modelo de gestión indirecta están, la mejor utilización de los recursos -mejora de los procesos, reducción de la variabilidad clínica, uso adecuado de recursos-, se facilita el trabajo en equipo; mayor grado de incentivación profesional; mejor relación médico paciente; más receptividad ante las demandas de los usuarios; mejora de la accesibilidad; potenciación de los servicios auxiliares; reequilibrio en la relación Atención primaria-Atención especializada. Los problemas que plantea este modelo son los siguientes: desconfianza de los usuarios - conflicto de intereses entre servicios prestados e incentivos sobre los médicos y otros profesionales sanitarios-, imperativos financieros -incentivar la buena práctica versus el ahorro-, limitación de beneficios -rentas personales versus retribuciones en especie, carrera profesional, tipo de dedicación, universalidad -voluntariado y monopolios naturales-, equidad de acceso, selección de riesgos, abuso de la temporalidad laboral, falta de equidad en la atención, falta de asunción de riesgos reales, predominio casi exclusivo de la función asistencial, clientelismo, refuerzo de la calidad aparente y aumento de los costes administrativos

En realidad hay pocos datos obtenidos de la utilización de modelos organizativos distintos del modelo tradicional. No obstante, los datos apuntan a una mayor satisfacción de los profesionales en los modelos autogestionados y a unos resultados equivalentes en cuanto a actividad, eficiencia y satisfacción ciudadana; es decir los resultados asistenciales de las diferentes fórmulas de gestión son similares. Es la propia diversific ción, es decir la ausencia de una situación de monopolística en la provisión, y la existencia de un cierto grado de competición entre modelos y empresas, más que las características de un determinado modelo, lo que ha estimulado la escasa mejora.

El Sistema Nacional de Salud, tiene su base en una Atención primaria de salud eficiente y de calidad. Es necesario buscar, nuevas fórmulas de financiación, organización y gestión, que refuercen su capacidad de resolución ante los nuevos retos como la atención a la cronicidad.

Una mejor coordinación -continuidad- interniveles, entre Atención primaria y Atención especializada, se puede conseguir, pasando del hospital general al conglomerado hospitalario abierto.

3.2. Atención Especializada

3.2.1. Ordenación y Estructura de los servicios de Atención especializada[12]

La atención hospitalaria incluye la asistencia prestada por los médicos especialistas tanto en centros de especialidades como en hospitales.

[12] Normativa de referencia:
-Ley de salud de Andalucía 2/1998

A este nivel se ofrece a la ciudadanía los medios técnicos y humanos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación adecuados que, por su especialización o características, no pueden resolverse en el nivel de atención primaria.

Los hospitales y los Centros Periféricos de Especialidades adscritos al SAS constituirán una Red Hospitalaria Pública Integrada de Andalucía, sin perjuicio de la utilización que, en su caso, pueda realizarse mediante los correspondientes conciertos con centros no integrados en la misma.

Estructura

Tal y como establece la Ley de Salud de Andalucía en su art. 55, es competencia del Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía determinar los órganos, la estructura y el funcionamiento de los Hospitales. La estructura de dirección, gestión y administración, será única para el Hospital y los Centros Periféricos de Especialidades adscritos al mismo.

Órganos de dirección y gestión

Son órganos unipersonales de Dirección:

- La Dirección Gerencia: Depende jerárquica y funcionalmente de la Delegación Territorial de la Consejería de Salud y Familias
  - — La dirección Médica
  - — La dirección de Enfermería
  - — La Dirección Económico-Administrativa
  - — La dirección de Servicios Generales
- Excepcionalmente: subdirector Gerente y Subdirector de cada dirección
  - — El órgano Colegiado de Dirección es la Comisión de Dirección del Hospital
  - — Órganos Asesores Colegiados y ahora de Participación
- Junta del Hospital (La Junta del Hospital y Centros Periféricos de Especialidades)
- Junta Facultativa
- Junta de Enfermería

El Mapa de los Hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía es el siguiente:

- Hospitales regionales: son los hospitales de mayor rango y sirven a toda la población de la comunidad autónoma. Ofrecen todas las especialidades de la sanidad pública.
- Hospitales de especialidades: dan servicio a la provincia en la que están situados. Disponen de un mayor número de especialidades que un hospital comarcal.
- Hospitales comarcales: prestan servicio a los núcleos de población cercanos, como máximo a una hora de distancia. Proporcionan las especialidades hospitalarias básicas.

-Decreto 105/1986 Ordenación de los Hospitales del SAS
-Decreto 462/1996, DE 8 de octubre, por el que se modifica el d 105/1986, de 11 de junio, de ordenación de la asistencia sanitaria especializada y de órganos de dirección de los hospitale
-Resolución de 11 de diciembre de 2006, de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, por la que se aprueba la Carta de Servicios del Servicio Andaluz de Salud.
-Resolución de 19 de Junio de 2018 de la Viceconsejería, por la que se da publicidad a la denominación de los Hospitales del SSPA y los centros que los integran
-Resolución 29/94, de 23 de diciembre, del SAS: Nombra al director Económico-Administrativo como suplente del gerente en caso de vacante, ausencia o enfermedad del mismo
-Resolución de 29 de julio de 2019, de la Viceconsejería, por la que se da publicidad a la denominación de los hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía y los centros que los integran.

- Centros hospitalarios de alta resolución (CHARE): son centros hospitalarios locales de reciente creación, que tienen como objetivo descongestionar los hospitales de mayor rango y disminuir los tiempos de respuesta mediante la atención especializada básica (consultas por acto único, alternativas a la hospitalización tradicional, cirugía sin ingreso, etc.).

El Sistema Sanitario Público de Andalucía cuenta en la actualidad con 83 centros de atención especializada: 36 de ellos son centros de especialidades de consultas externas y los 47 restantes son hospitales.3 Los centros hospitalarios se reparten de la siguiente forma:

- Servicio Andaluz de Salud: 29 hospitales
- Agencias Públicas Empresariales: 18 hospitales, repartidos de la siguiente manera:
- Agencia Sanitaria Costa del Sol: 2 hospitales más un centro especializado
- Agencia Sanitaria Hospital de Poniente: 4 hospitales
- Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir: 7 hospitales
- Agencia Sanitaria Bajo Guadalquivir: 4 hospitales

Artículo principal: Anexo:Hospitales públicos de Andalucía

3.2.2. Instrumentos de gestión

A) El Plan General Hospitalario

El artículo 28 del Decreto 105/1986 prescribe que «todos los Hospitales y Centros de Especialidades adscritos deberán contar con un Plan General, que habrá de definir

- La estructura, organización y coordinación de los Servicios y Unidades del Hospital y Centros Adscritos
- Las normas de coordinación asistencial para la derivación de pacientes a otros Centros Sanitarios.
- Las normas de admisión de enfermos para la hospitalización, consulta externa y urgencias.
- Las normas para situaciones de emergencia, desastre o desalojo.

El Plan General Hospitalario, se ajustará a los criterios fijados por la Consejería de Salud, tendrá en cuenta las necesidades asistenciales del Área Hospitalaria que corresponda y los planes y programas de la Atención Primaria de Salud.

La Disposición Transitoria Primera del Decreto concedía un plazo de un año, a partir de la entrada en vigor del mismo, para que la Dirección de cada Hospital y Centro de Especialidades adscrito presentara a los órganos competentes, para su aprobación, el Plan General.

B) El Contrato Programa

Marca las líneas y objetivos a seguir para garantizar la eficiencia y la eficacia en la gestión. A través del mismo se establece la dinámica de relaciones del Servicio Andaluz de Salud (SAS) con sus centros. Este documento, que está firmado con la Dirección Gerencia del SAS, contempla los objetivos, actividades, metodología y recursos con los que cuenta el Hospital para llevar a cabo sus fines, que no son otros que la Promoción de la Salud y la Asistencia Sanitaria.

C) El Acuerdo de Gestión Clínica (AGC)

-Es un documento subscrito por la Dirección de cada Unidad de Gestión y la Dirección Gerencia del Hospital. Las unidades de gestión clínica constituyen un modelo organizativo que permite incorporar a los profesionales en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica.

-En el AGC se determinan los recursos directamente asignados a cada unidad de gestión y sus objetivos, tanto asistenciales como formativos, docentes, de I+D+i, presupuestarios y de cualquier otra índole que esté en relación con el Contrato Programa del centro y como herramienta para la descentralización del mismo.

Tanto el Contrato Programa de los centros como los Acuerdos de Gestión de las unidades de gestión clínica, se basan en un conjunto de valores y están dirigidos a asegurar a la ciudadanía una atención sanitaria integral y de calidad.

D) La Gestión por Procesos

Es un sistema de gestión enfocado a perseguir la mejora continua para conseguir una gestión óptima de los recursos y una prestación de servicios sanitarios eficiente, equitativa y sostenible orientada al ciudadano, teniendo en cuenta la gran variabilidad y complejidad, tanto de los procesos asistenciales como de los no asistenciales.

Para el seguimiento y evaluación de los objetivos e indicadores de Contrato Programa y de los Acuerdos de Gestión Clínica, los Hospitales cuentan con la herramienta denominada SIREO (Sistema de Información, Registro y Evaluación de Objetivos).

E) Cuadro de Mando

Es una herramienta de apoyo a la gestión que permite medir el grado de cumplimiento de los objetivos del Centro mediante los distintos indicadores establecidos para su medición. A través de los diferentes informes, con periodicidad mensual, se muestran los resultados obtenidos en los distintos ámbitos, tanto asistenciales como económicos y de gestión.

F) El Sistema de Contabilidad Analítica, CoanHyD

Además de facilitar el seguimiento presupuestario mensual a los responsables de las unidades, permite detectar potenciales áreas de mejora en la eficiencia

G) Herramienta de Seguimiento Presupuestario

Se facilita el seguimiento mensual del asignado a cada unidad de gestión clínica así como el resumen de las cantidades y precios unitarios de los productos consumidos, facilitando el control por parte de los responsables de las unidades.

Estas herramientas básicas, junto con otros informes y auditorías realizados desde la Unidad de Calidad y desde otras áreas, facilitan la evaluación periódica y transparente de los citados objetivos.

H) Planes Asistenciales

3.3. La Atención a las Urgencias y Emergencias Sanitarias en Andalucía

Actualmente la Atención a las Urgencias y emergencias Sanitarias está en fase de reorganización en Andalucía. Por una parte, el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias está en revisión, y por otro lado, el Decreto 291/2021, de 28 de diciembre, que disuelve la Empresa Pública de Emergencias

Sanitarias (EPES), siendo el Servicio Andaluz de Salud quien asume de manera efectiva la totalidad de los fines y objetivos de la EPES

Según sus Estatutos, el objeto de la EPES es llevar a cabo la prestación de la asistencia sanitaria a las personas con urgencias médicas, cuyo diagnóstico o tratamiento requieran una asistencia inmediata y de alta complejidad, a la vez que comporten un riesgo grave para la vida o puedan producir secuelas graves y permanentes al individuo.

Hasta ahora, la Atención a las Urgencias y Emergencias se presta por Atención primaria (Servicio de Urgencias de Atención primaria, Equipos movilizables, Equipos movilizables avanzados) EPES/061 y Equipo Básico de Atención primaria) y Atención especializada (Servicios de Urgencias Hospitalarios).

La medida de reordenación propiciará evitar disfunciones y establecer un modelo más eficiente que aglutinará de forma homogénea toda la actividad asistencial extrahospitalaria por vía terrestre o aérea de las urgencias y emergencias sanitarias de Andalucía, continuando con la calidad, mejora continua y seguridad del paciente. Asimismo, la asunción por parte del Servicio Andaluz de Salud de los recursos de la EPES posibilitará su utilización para la gestión de los recursos asistenciales de urgencias, emergencias y atención a incidentes de múltiples víctimas y catástrofes de todo el Sistema Sanitario Público de Andalucía, así como la ampliación de la cartera de servicios de estos recursos gestionados desde el centro coordinador de urgencias y emergencias sanitarias, permitiendo implementar nuevos programas, en los que el soporte telemático sea rentable social y económicamente, y se mejore de forma significativa la asistencia de la población sensible por edad o patología y, en general, contribuya también a la mejora de la accesibilidad de los ciudadanos de áreas rurales con significativa dispersión geográfi

3.4. Ordenación de la Salud Mental[13]

3.4.1. En Atención primaria

- Funciones de los centros
- Establecer el primer contacto con las citadas personas.
- Realizar la valoración y definición de las estrategias de intervención, teniendo en cuenta el enfoque de género.
- Prestar atención sanitaria en los casos que no requieran atención especializada.
- Realizar la derivación de las citadas personas al nivel especializado de atención a la salud mental, en los casos que sea necesario.
- Identificar la necesidad de apoyo social, facilitando el acceso a los servicios comunitarios.
- Colaborar con los dispositivos de atención especializada a la salud mental en el seguimiento de personas con trastorno mental grave.

3.4.2. En Asistencia especializada

Se realiza a través de los siguientes dispositivos:

- Unidad de salud mental comunitaria. Es:
    - El Primer nivel y dispositivo básico

[13] Decreto 77/2008, de 4 de marzo. ordenación administrativa y funcional de los Servicios de Salud Mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud

- El resto de dispositivos se coordinan con ella

- Unidad de hospitalización de salud mental
- Unidad de salud mental Infanto juvenil
- Unidad de Rehabilitación de salud mental
- Hospital de día de Salud Mental
- Comunidad Terapéutica de Salud mental

Tipos de profesionales en estos dispositivos

- Psiquiatría.
- Psicología Clínica.
- Enfermería.
- Terapia Ocupacional.
- Auxiliar de Enfermería.
- Trabajo Social.

Monitor Ocupacional.

Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental

Es la estructura organizativa responsable de la atención especializada a la salud mental de la población e incorpora los dispositivos asistenciales de salud mental del área hospitalaria o área de gestión sanitaria correspondiente.

Otras entidades asistenciales

Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental

3.5. Centros con Terapias con Sustancias de Origen Humano

3.5.1. Red Andaluza de Medicina Transfusional, Tejidos y Células

El Decreto 1/2013, de 8 de enero, por el que se regula la autorización para la constitución y funcionamiento de Biobancos con fines de investigación biomédica, crea el Registro de Biobancos y el Biobanco del Sistema Sanitario Público de Andalucía, dependiente de la Consejería competente en materia de salud, como un Biobanco en Red donde se integran todas las unidades hospitalarias, Centros Regionales y de Área de Transfusión Sanguínea, bancos de líneas celulares, bancos que puedan contener y procesar células, tejidos, sustancias y muestras biológicas para uso clínico o de investigación, y biobancos para la investigación de los centros sanitarios de la red pública andaluza.

El Biobanco en Red del Sistema Sanitario Público de Andalucía contiene dos grandes áreas:

- Área Funcional Asistencial del Biobanco, actualmente desarrollada por los Centros Regionales y de Área de Transfusión Sanguínea, y por las unidades hospitalarias de los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía encargadas de todas las actividades relacionadas con la obtención, tratamiento, procesamiento, preparación, preservación y distribución de sangre y sus componentes, de tejidos y células con finalidad de ser destinados a uso clínico y terapéutico
- Área Funcional de Investigación del Biobanco, encargada de todas las actividades relacionadas con la obtención, preparación, tratamiento, procesamiento, preservación

y distribución de sangre, células, tejidos, muestras biológicas y cualquier otra sustancia humana con destino a ser utilizados en investigación.

Posteriormente, mediante el Decreto 49/2017, de 21 de marzo, se constituye la Red Andaluza de Medicina Transfusional, Tejidos y Células, y se regula su estructura y funcionamiento, dentro del Biobanco en Red del Sistema Sanitario Público de Andalucía. También establece la regulación del funcionamiento de los centros asistenciales públicos de la Red dedicados a la obtención, procesamiento, preservación y distribución de tejidos humanos, células, sangre y productos derivados de la misma para su uso terapéutico en Andalucía, como nodos del Biobanco en Red del Sistema Sanitario Público de Andalucía

Es la Red Andaluza de Medicina Transfusional, Tejidos y Células, dependiente del Servicio Andaluz de Salud, la ejecutora de las funciones asistenciales del Biobanco del Sistema Sanitario Público de Andalucía. La Red, se organizada en ocho nodos, uno por provincia, denominados Centros de Transfusión, Tejidos y Células.

Corresponden a la Red, a través de sus nodos, las siguientes funciones:

a) La obtención, transformación, preparación, procesamiento, preservación, distribución y seguimiento del uso de sangre humana, y sus componentes y productos derivados dedicados a la transfusión y la hemoterapia.

b) El tratamiento, preparación, procesamiento, preservación y distribución de células, y tejidos humanos.

c) El tratamiento, preparación, procesamiento, preservación y distribución de derivados del plasma humano, y otros componentes de la sangre de uso no transfusional.

Los Órganos de Dirección de la Red Andaluza de Medicina Transfusional, Tejidos y Células son la Gerencia de la Red. b) La Dirección de Gestión y Profesionales de la Re

La Red contará con los siguientes órganos de gestión: a) Las Direcciones asistenciales de cada uno de los nodos. b) Las unidades de gestión y servicios de soporte que se establezcan.

3.5.2. Centros de Reproducción Humana Asistida[14]

Son centros sanitarios en los que los equipos biomédicos especialmente cualificados realizan técnicas de reproducción asistida o sus derivaciones, así como los bancos de recepción, conservación y distribución del material biológico o humano preciso.

Pueden disponer de las siguientes Unidades: Inseminación artific al, Fecundación in Vitro, Banco de semen, Laboratorio de capacitación espermática, Banco de embriones, Recuperación de oocitos, Banco de Ovocitos.

[14] Además de la Legislación Europea y Estatal, hay que considerar la siguiente Autonómica:
-Ley 1/2007 de 16 de marzo. Reproducción humana asistida. Ley de investigación de reprogramación celular terapéutica en Andalucía.
-Ley 11/2007 de 26 de Noviembre. Genética. Ley de genética de Andalucía
-Ley 7/2003 de 20 de Octubre. Investigacion Cientifica. Ley de investigación en Andalucía con preembriones humanos no viables.
-D 156/2005, de 28 de junio, por el que se regula el Diagnóstico Genético Preimplantatorio en el Sistema Sanitario Público de Andalucía y se crea la Comisión Andaluza de Genética y Reproducción.
-CORRECCIÓN de errores del Decreto 156/2005, de 28 de junio, por el que se regula el Diagnóstico Genético Preimplantatorio en el sistema sanitario público de Andalucía y se crea la Comisión Andaluza de Genética y Reproducción (BOJA núm. 135, de 13.7.2005).
-ORDEN de 25 de noviembre de 2008, por la que se actualiza el Anexo II del Decreto 156/2005, de 28 de junio, ampliándose el listado de enfermedades susceptibles de ser detectadas por el Diagnóstico Genético.

3.5.3. Centros con Trasplante de Tejidos

4. FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN CLÍNICA

4.1. Definiciones, objetivos y regulación

La Gestión Clínica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía se configura como un modelo organizativo centrado en la persona, basada en una red distribuida de espacios organizativos de ámbito multiprofesional, que permite dotar a los profesionales de mayor autonomía organizativa y responsabilidad en la gestión de los recursos.

El objetivo fundamental de la Gestión Clínica se centra en prestar una atención sanitaria integral y de alta calidad, en espacios compartidos que cuentan con la participación efectiva de los ciudadanos y en los que los profesionales sanitarios se integran en equipos multidisciplinares, en el seno de uno o varios centros asistenciales, enlazando las necesidades de salud de la ciudadanía y las expectativas legítimas de los profesionales.

La Unidad de Gestión Clínica (UGC) es la estructura organizativa en la que se materializa la Gestión Clínica en todos los centros sanitarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Es el entorno donde el equipo multidisciplinar, aborda de manera integrada actuaciones de prevención, promoción, asistencia, cuidados y rehabilitación a la persona y familia, poniendo el énfasis en la efectividad de la práctica clínica, el fomento del liderazgo clínico, la incorporación de la opinión de la ciudadanía, la eficiencia en la utilización de recursos, la transparencia, el impulso de la investigación y el desarrollo de procesos asistenciales integrados.

Los objetivos principales de las UGC, son:

- Fomentar la implicación de los profesionales sanitarios en la gestión de los centros.
- Reforzar la continuidad asistencial entre ambos niveles de atención.
- Mejorar la organización del trabajo.
- Elevar la satisfacción de los pacientes.

La Normativa que las regula se concreta en el art. 10 de la Ley 44/2003[15], de 21 de Noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y, en el ámbito de Andalucía, en el Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de Atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud (Arts 22 al 27[16]). No se han regulado las Unidades de Gestión Clínica, en el ámbito de la Atención especializada.

[15] *Artículo 10 de la Ley 44/2003:* Gestión clínica en las organizaciones sanitarias: Las Administraciones sanitarias, los servicios de salud o los órganos de gobierno de los centros y establecimientos sanitarios, según corresponda, establecerán los medios y sistemas de acceso a las funciones de gestión clínica, a través de procedimientos en los que habrán de tener participación los propios profesionales. Tales funciones podrán ser desempeñadas en función de criterios que acrediten los conocimientos necesarios y la adecuada capacitación. A los efectos de esta ley tienen la consideración de funciones de gestión clínica las relativas a la jefatura o coordinación de unidades y equipos sanitarios y asistenciales, las de tutorías y organización de formación especializada, continuada y de investigación y las de participación en comités internos o proyectos institucionales de los centros sanitarios dirigidos, entre otros, a asegurar la calidad, seguridad, eficaci , eficiencia y ética asistencial, la continuidad y coordinación entre niveles o el acogimiento, cuidados y bienestar de los pacientes. El ejercicio de funciones de gestión clínica estará sometido a la evaluación del desempeño y de los resultados. Tal evaluación tendrá carácter periódico y podrá determinar, en su caso, la confirmació o remoción del interesado en dichas funciones, y tendrá efectos en la evaluación del desarrollo profesional alcanzado. El desempeño de funciones de gestión clínica será objeto del oportuno reconocimiento por parte del centro, del servicio de salud y del conjunto del sistema sanitario, en la forma en que en cada comunidad autónoma se determine.

[16] Decreto 197/2007: Art. 22 (Definición y fines), Art. 23 (Características y composición de la unidad de gestión clínica), Art. 24 (Funciones de la unidad de gestión clínica), Art. 25 (Dirección de la unidad de gestión clínica), Art. 26 (Coordinación de cuidados de enfermería), Art. 27 (Acuerdo de gestión clínica).

Se define como la estructura organizativa responsable de la Atención primaria de salud a la población y estará integrada por los profesionales de diferentes categorías, adscritos funcionalmente a la zona básica de salud. Sus fines son el desarrollo de la actividad asistencial, preventiva, de promoción de salud, de cuidados de enfermería y rehabilitación, actuando con criterios de autonomía organizativa, de corresponsabilidad en la gestión de los recursos y de buena práctica clínica.

La Unidad de Gestión Clínica desarrolla sus actividades de acuerdo con un modelo de práctica clínica integrado, orientado a la obtención de resultados para la mejora de la eficacia, la efectividad y la eficiencia de la asistencia sanitaria, con criterios de buena práctica clínica, desarrollando la participación de los profesionales a través de una mayor autonomía y responsabilidad en la gestión. Asimismo, desarrolla sus actuaciones con criterios de gestión clínica, incorporando en la toma de decisiones clínicas el mejor conocimiento disponible, así como los criterios definidos en las guías de procesos asistenciales y guías de práctica clínica de demostrada calidad científica, y criterios de máxima eficiencia en la utilización de los recursos diagnósticos y terapéuticos

La unidad de gestión clínica estará integrada por los profesionales de diversas categorías y áreas de conocimiento, que trabajarán conjuntamente, con arreglo a los principios de autonomía, responsabilidad y participación en la toma de decisiones.

4.2. La Gestión Clínica en el IV Plan Andaluz de Salud

El IV Plan Andaluz de Salud recoge la estrategia de la Junta en esta materia para el periodo 2013-2020, con el objetivo central de "reducir la desigualdad y facilitar que las personas vivan más años y con más calidad y autonomía". El documento se organiza en seis compromisos, con 24 metas y 92 objetivos.

Compromisos y Metas del IV Plan Andaluz de Salud (2013-2020)

Los estilos de vida son determinantes en la salud de las personas, aunque no todo el mundo conoce la relación entre la salud y el entorno que nos rodea, así como la influencia de factores como el género, la edad, el territorio en el que se vive, la educación, el trabajo, la vivienda, el urbanismo, el ocio, etc.

Teniendo en cuenta esto, el IV Plan Andaluz de Salud afronta seis compromisos, que a su vez, se concretan en 24 metas y 92 objetivos concretos, para mejorar la salud de la población, mediante la estrategia de Salud en Todas las Políticas.

Es la apuesta que el Gobierno andaluz, desde todos sus sectores, hace por la salud, y por tanto, por el bienestar de la ciudadanía andaluza.

Además, es un plan coherente con la Estrategia Europea Salud 2020, que incide en dos elementos fundamentales: mejorar la salud, reduciendo las desigualdades, y mejorar el liderazgo y la participación de la ciudadanía.

Este plan es también una apuesta decidida por identificar y potenciar todos y cada uno de los valores y factores positivos que ayudan a mejorar la salud en nuestra comunidad, en sus provincias y en sus municipios.

Profesionales de todos los campos han trabajado en la elaboración de este plan, que parte también de una reflexión conjunta en la que han participado todas las sociedades y colectivos que tienen algo que decir en materia de salud, ayuntamientos, ONG´s, medios de comunicación y asociaciones.

Es precisamente la participación un eje fundamental de plan, junto a su evaluación y mejora continua, para enriquecerlo con la experiencia adquirida y las evidencias científicas que vayan apareciendo durante su implantación.

Presta especial atención a la Gestión Clínica. Destacamos al respecto lo siguiente:

Servicios que se han de prestar a medio plazo: Considera a las unidades de gestión clínica, como modelo clave organizativo.

Compromiso V: Situar el Sistema Sanitario Público de Andalucía al servicio de la ciudadanía con el liderazgo de los y las profesionales, potenciando el espacio compartido de la gestión clínica. La transparencia constituye un elemento que aumenta la seguridad de las actuaciones sanitarias. La mayor participación ciudadana, y el reconocimiento de sus derechos, es un elemento de calidad que impulsará el desarrollo de las Unidades de Gestión Clínica (UGC).

La nueva organización estará basada en las unidades de gestión clínica (UGC) que serán el elemento nuclear. Estas unidades se conciben como el mejor escenario de confluencia de las expectativas y necesidades de la ciudadanía con el desempeño y el desarrollo de profesionales. Las UGC son espacios para prestar una asistencia integral de calidad y segura, que implementan la innovación y desarrollan la investigación, para la mejor gestión del conocimiento que poseen y generan los y las profesionales del SSPA. La gestión clínica se desarrollará en el marco de las mejoras evidencias científicas disponibles y en su aplicación inmediata, con el objetivo principal de conseguir los mejores resultados en salud y satisfacer las necesidades de ciudadanía y profesionales.

El modelo de gestión clínica en el que se sustenta el SSPA pretende la consecución de tres objetivos fundamentales: fomentar el incremento de la capacidad auto-organizativa de profesionales, impulsar la agrupación funcional y eficiente del personal con niveles acreditados de calidad objetivamente medidos y reconocidos; y conformar un marco óptimo para el máximo desarrollo y aplicación efectiva del conjunto de herramientas operativas y funcionales de carácter estratégico que el Sistema sanitario Público de Andalucía ha venido incorporando desde hace más de una década, especialmente en lo que se refiere a la gestión por competencias, los procesos asistenciales integrados y la acreditación de la calidad.

Meta 5.1. Garantizar la *transparencia* en las actuaciones del SSPA

OBJETIVOS:

5.1.1. Convertir la transparencia en el eje central de la gestión de Unidades Clínicas.

5.1.2. Lograr una organización abierta a la ciudadanía, garantizando la interacción en estructura, objetivos, procedimientos y resultados.

5.1.3. Diseñar e implementar todas aquellas medidas que contribuyan a incrementar y fortalecer la reputación y eficacia digital del SS A

5.1.4. Las Unidades de Gestión Clínica se gestionarán contando con los profesionales, de forma ecuánime y transparente, ponderando los criterios de eficiencia y de resultados en salud

Meta 5.3.5. Incorporar a la ciudadanía en los *comités de bioética y seguridad* de los centros sanitarios, donde se interrelacionan la distintas unidades de gestión clínica en torno a objetivos comunes de mejora de la salud de la comunidad.

Meta 5.3.6. Incorporar a la ciudadanía de forma activa en la dirección de las unidades de gestión clínica, incorporando al menos dos ciudadanos o ciudadanas para la valoración de los resultados anuales de los acuerdos de gestión.

4.3. La Gestión Clínica en el III Plan de Calidad del SSPA

La Gestión Clínica y las Unidades de Gestión Clínica se contempla en diversos apartados objetivos y líneas de acción del III Plan de Calidad del SSPA. Destacamos los siguientes:

Personal

- Desplegar todas las potencialidades de la gestión por competencias en el marco del modelo de gestión clínica, avanzando a un modelo de organización gestionado por los profesionales.
- Desarrollar las competencias de los Directivos acordes con la nueva organización transversal sustentada en la gestión clínica, los valores de la ciudadanía y el nuevo modelo de salud pública.
- Potenciar la figura del profesional, armonizando e integrando todas sus actividades en el marco de la gestión clínica

Organización

- Afianzar y consolidar en su máxima extensión el modelo de gestión clínica como el espacio de encuentro entre profesionales y ciudadanía que hace posible la excelencia en la atención integrada y segura, pero también ha de permitir desarrollar los múltiples canales de comunicación y participación que hacen del sistema sanitario una organización más permeable y transparente.
- Fortalecer el desarrollo de la Gestión Clínica, extendiendo plenamente el modelo y alcanzando su máximo potencial de excelencia e innovación.
- Avanzar en los desarrollos de procesos asistenciales integrados como instrumento para el logro de la mejor efectividad y excelencia de la gestión clínica.
- Incorporar en las Unidades de Gestión Clínica la evaluación de los resultados en salud como elemento nuclear para su desarrollo.
- Consolidar la acreditación de las Unidades de Gestión Clínica, como elemento de mejora contínua y consolidación del modelo.
- Realizar una profunda transformación del modelo organizativo en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, de modo que dé soporte al desarrollo de la gestión clínica, favoreciendo la autonomía de los profesionales, la descentralización de los servicios y el avance hacia una Organización más horizontal que cuente con la ciudadanía como parte activa del modelo.
- Profundizar en la incorporación de los cuidados como elemento sustancial del modelo de Gestión Clínica.

En Andalucía, se elaboró un Proyecto de Ley de garantías y sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, que decayó por final de la pasada legislatura. En su art. 26 abordaba la Gestión Clínica, contemplando que las *Unidades Asistenciales del SSPA* se organizarán como *Unidades de Gestión Clínica*. Estas se conciben en el Proyecto como estructuras organizativas, sin personalidad jurídica propia, que conforman unidades orgánicas responsables de prestar la asistencia sanitaria propia de su ámbito asistencial y que se caracterizan por la alta autonomía y la corresponsabilidad para la gestión de los recursos por parte de los y las profesionales. Estaba previsto que una vez constituidas las Unidades de Gestión Clínica, formarán parte de las mismas todas las personas profesionales sanitarias y de gestión y servicios, integrantes de los equipos de Atención primaria y Servicios o unidades asistenciales hospitalarias, o de salud mental que las conformen, de acuerdo a la normativa específica que le sea de aplicación. Por consiguiente, ésta sería la norma que daría cobertura también, a las UGC en el ámbito de la Atención especializada (Hospitales).

5. AVANCES EN LA GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

La prestación de Salud Pública, reconocida en la Ley 16/2003 de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, es el conjunto de iniciativas organizadas por las

Administraciones públicas para preservar, proteger y promover la salud de la población. Comprende actuaciones de información y la vigilancia en salud pública y los sistemas de alerta epidemiológica, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, protección y promoción de la sanidad ambiental, alimentaria, laboral. También engloba actuaciones de vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de bienes y del tránsito internacional de viajeros y la prevención y detección de enfermedades raras.

A nivel estatal, con posterioridad se promulgó la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, que establece las actuaciones de las Administraciones públicas, en el ámbito de sus respectivas competencias en materia de Salud Pública.

Andalucía, mediante la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía y la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía, ha desarrollado en su ámbito, las competencias en Salud Pública. El art. 13 de ésta última Ley establece el derecho de la población anadaluza, a las acciones preventivas de salud pública, velando, especialmente por las personas en situación de especial vulnerabilidad.

En cuanto a la gestión de esta prestación, en Andalucía, se han regulado[17] las Unidades de Gestión de Salud Pública. (UGSP). Estas son la estructura organizativa que conforman las unidades orgánicas responsables de la Salud Pública en su ámbito territorial y que se caracteriza por la alta autonomía y la corresponsabilidad para la gestión de los recursos por parte de los profesionales de Salud Pública.

Las UGSP serán creadas por resolución de la persona titular de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, a propuesta de la persona titular de la Dirección General competente en materia dirección, ejecución y evaluación de las competencias de Salud Pública.

Las UGSP desarrollarán, en su ámbito territorial y de competencias, la función de gestión integrada de las actuaciones de prevención, promoción, protección y vigilancia de la salud, así como la evaluación rápida de riesgos y la intervención ante las alertas de salud pública epidemiológicas, de seguridad alimentaria, de salud ambiental o de cualquier otro tipo. También podrán realizarán funciones de investigación, innovación, docencia, formación y gestión de los recursos humanos de su unidad o de los profesionales sanitarios de su ámbito de competencia.

Existirá una UGSP en cada Área de Gestión Sanitaria. Cuando no exista Área de Gestión Sanitaria, se constituirá una UGSP en cada Distrito de Atención Primaria.

La UGSP dependerá orgánica y directamente de la Dirección del Distrito de Atención Primaria, o en su caso, de la Gerencia del Área de Gestión Sanitaria, y funcionalmente de la Dirección General competente en materia de Salud Pública.

Los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública de los Hospitales del SAS quedarán vinculados a una UGSP, mediante los acuerdos de gestión anuales, de tal forma que compartan objetivos.

Las UGSP estarán integradas por profesionales de la Salud Pública de diferentes categorías, que pueden estar adscritos funcionalmente a la zona básica de salud o al dispositivo de apoyo de cada Distrito de Atención Primaria o del Área de Gestión Sanitaria.

[17] En cuanto a la normativa autonómica reguladora, el Decreto-ley 22/2020, de 1 de septiembre, por el que se establecen con carácter extraordinario y urgente diversas medidas ante la situación generada por el coronavirus (COVID-19), modificó el Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de Atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud. En concreto en la Disposición final primera del referido Decreto-ley regula las Unidades de Gestión Clínica de Salud Pública y los profesionales y dirección de éstas Unidades.
La Orden de 15 de septiembre de 2021, desarrolla la composición, funciones y funcionamiento de las Unidades de Gestión de Salud Pública

6. SOPORTE A LAS GARANTÍAS Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

Las *garantías*, establecidas en el fallido Proyecto Proyecto de Ley de garantías y sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, que decayó por final de la pasada legislatura, se orientan a la perdurabilidad del Sistema, a los principios del mismo, a la garantía de los derechos de las personas en relación al Sistema, la garantía de acceso a la cartera de servicios del Sistema y la universalidad de la asitencia.

El Proyecto también señalaba los valores en que se basa la *sostenibilidad* del SSPA y la desagrega en sostenibilidad social, económica, ambiental y del conocimiento, de la investigación y de la innovación.

7. ORIENTACIÓN A RESULTADOS

El IV Plan Andaluz de Salud (2013-2020), en la Meta 5.4, establece que el SSPA se sustentará por el compromiso de sus profesionales con los mejores *resultados en salud.* Para lograr esa Meta, fija unos objetivos

- *Sistemas de Información*: El SSPA dispondrá de los sistemas de información precisos para la gestión del conocimiento necesario para obtener los mejores resultados en salud.
- *Compromiso de los profesionales*: Los profesionales del SSPA se comprometen a obtener los mejores resultados en salud asumiendo una perspectiva territorial, intersectorial y participada, desarrollando aquellas nuevas competencias acordes al envejecimiento y aumento de la cronicidad de la población andaluza, de cara a obtener los resultados en salud que necesite ésta para mejorar en calidad de vida.
- *Cultura de gestión por valores*: Promover en las UGC una cultura de gestión por valores que garantice una adaptación de los espacios de relación de profesionales con la ciudadanía que complemente los servicios en calidad y excelencia. Los valores de la organización del SSPA y los de sus profesionales serán compartidos y adaptados a los valores de la ciudadanía andaluza.

8. LA PARTICIPACIÓN EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

8.1. Orientación de los Servicios Sanitarios al ciudadano y participación en el Sistema Nacional de Salud

Los ciudadanos, en el Sistema Sanitario Público de cada una de las Comunidades Autónomas, tienen derecho a participar en la política sanitaria, en la actividad de los organismos públicos cuya función afecte directamente a la calidad de vida o al bienestar en general y en la gestión del propio Sistema Público de Salud.

Desarrollando la legislación básica del Estado -Ley General de Sanidad-, se han creado en cada Comunidad Autónoma, el Consejo de Salud -máximo órgano consultivo y de participación ciudadana- y, a su vez, en cada Área de Salud, se han constituido los órganos de participación en los servicios sanitarios.

Es frecuente también, que por el Consejo de Gobierno, se establezcan órganos de participación ciudadana a otros niveles de la organización territorial y funcional del Sistema Sanitario Público. Un ejemplo está, en los Consejos de Salud de Zona, que se han establecido en Asturias, Canarias, Castilla y León, Extremadura, Islas Baleares, Murcia (de manera excepcional), Navarra y La Rioja.

No obstante los esfuerzos legislativos realizados por el Estado y las Comunidades Autónomas en materia de participación, aún se está lejos de que la participación sea real y efectiva, tanto de los ciudadanos como de los profesionales. Es necesario buscar indicadores de funcionamiento y de calidad de cada centro sanitario, que deben estar disponibles para la ciudadanía. Hay que impulsar los derechos colectivos de los pacientes y el reconocimiento de las asociaciones de pacientes como agentes sociales, incorporándolos en los procesos de rendición de cuentas por parte de los gestores sanitarios.

8.2. Participación de los ciudadanos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía[18]

La Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía dedica el Título III a la participación de los ciudadanos, en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, definiendo al Consejo Andaluz de Salud como el máximo órgano de participación social en la formulación de la política sanitaria y en el control de su ejecución y sentando las bases legislativas para el desarrollo de los correspondientes órganos territoriales de participación social, reforzando el papel que vienen desempeñando las centrales sindicales y las organizaciones empresariales, así como las organizaciones de consumidores y usuarios de Andalucía.

La participación se a cabo en los siguientes niveles:

- A nivel del Sistema Sanitario Público de Andalucía, mediante el Consejo Andaluz de Salud
- A nivel de Área de Salud (participación territorial):
    - En cada Área de salud se establecerá un Consejo de Salud del Área, como órgano colegiado de participación ciudadana, con la finalidad de hacer el seguimiento en su ámbito de la ejecución de la política sanitaria y de asesorar a los órganos correspondientes a dicho nivel de la Consejería de Salud.
    - Órganos de participación ciudadana a otros niveles de la organización territorial y funcional del Sistema Sanitario Público de Andalucía: Se podrán establecer por el Consejo de Gobierno, con la finalidad de hacer el seguimiento de la ejecución de las directrices de la política sanitaria, asesorar a los correspondientes órganos directivos e implicar a las organizaciones sociales y ciudadanas en el objetivo de alcanzar mayores niveles de salud y en la toma de decisiones de aspectos que afectan a su relación con los servicios sanitarios públicos. Así, se han regulado la Comisión Consultiva de Área de Gestión Sanitaria[19] y la Comisión Consultiva de las Agencias públicas empresariales, ya disueltas.

La regulación por el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía de los órganos de participación, se ajustará a los criterios de participación democrática de todos los interesados, y cuya composición se establecerá, en cada caso, en función de su naturaleza y su ámbito de actuación.

[18] Hay que tener la referencia de la Ley 7/2017, de Participación Ciudadana de Andalucía Esta Ley trata de establecer un marco para el ejercicio de la participación ciudadana de manera real y efectiva, por la cual todos y todas puedan involucrarse en el desarrollo de las políticas públicas y de la acción de gobierno, es decir, en las decisiones que afectan a su vida cotidiana.

[19] El órgano colegiado de participación social es la Comisión Consultiva del Área de Gestión Sanitaria, regulada por el Decreto 529/2004, de 16 de noviembre.

8.3. La participación de la ciudadanía en salud pública

El Título I de la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía, está dedicado a fortalecer la posición de la ciudadanía en relación con la salud pública colectiva y constituye la parte esencial del texto normativo. Sitúa a la ciudadanía como protagonista esencial de la salud pública, estableciendo la salud colectiva como bien público relevante y ordenando la efectiva participación de la ciudadanía en la buena administración de la salud pública.

El art. 21 de la Ley 16/2011, para garantizar el derecho a la participación de la ciudadanía en salud pública se realizará a través de las siguientes medidas:

a) Fomentar la cultura de participación en salud por parte de la población, desde la primera infancia, estimulando las alianzas con las asociaciones, en complemento y continuidad de la acción de los servicios.

b) Promover una participación real y efectiva de la ciudadanía en la elaboración, modificación y revisión de las acciones en salud pública, creando instrumentos de participación flexibles y adaptados a la misma

c) Informar a la ciudadanía, a través de los medios apropiados, sobre cualquier iniciativa de elaboración de propuestas de planes y programas de salud.

d) Establecer que la población pueda formular observaciones y alegaciones antes de que se adopte la decisión sobre planes o programas de trascendencia para la salud.

e) Articular una política transversal de participación que afecte a todos los centros e instituciones de carácter público o privado relacionados con la salud.

f) Establecer mecanismos de información, publicidad y divulgación continuados, con la finalidad de informar a la ciudadanía de las cuestiones más relevantes en materia de salud pública. A estos efectos, se adoptarán canales de comunicación permanentes y, de manera especial, se considerará para ello a las asociaciones de consumidores y usuarios.

g) Establecer mecanismos de participación efectiva de las personas menores de edad, en los términos reglamentariamente establecidos, en la formulación, desarrollo, gestión y evaluación de las políticas en materia de salud pública.

Esas medidas previstas serán evaluadas bienalmente por la Consejería competente en materia de salud. Las decisiones, acciones y omisiones que impidan o limiten la participación en los procedimientos de toma de decisiones de salud pública se podrán impugnar en los términos que reglamentariamente se determinen.

8.4. La participación en el IV Plan Andaluz de Salud (2013-2020)

Este plan establece como Meta 5.2., lograr un *marco social de alianzas y de valores compartidos entre ciudadanía y profesionales* de la salud enmarcado por la Estrategia de Bioética de SSPA. Para ello, fija los siguientes objetivos

- Implementar un marco de *Participación Ciudadana* en el que profesionales y ciudadanía se encuentren como protagonistas en la aplicación y desarrollo de los procesos de atención en las UGC.
- Hacer de la satisfacción y expectativas de la ciudadanía el marco para la mejora continua de las UGC.
- El SSPA establecerá el marco de actuación para garantizar el ejercicio de la mayor autonomía personal de la ciudadanía.

- Definir los canales para hacer llegar a la ciudadanía información útil sobre los servicios sanitarios y sociales y establecer de manera compartida los criterios de accesibilidad.
- Llevar a cabo las distintas actividades que garanticen la instauración del derecho civil de la ciudadanía andaluza en el marco del sistema sanitario andaluz, concretadas en acciones dentro de las unidades clínicas de gestión.

La Meta 5.3. pretende que el SSPA se constituya como un espacio abierto y compartido, que facilite las *interrelaciones de profesionales y ciudadanía.* Para ello*,* fija los objetivos de articular el SSPA en una red de *UGC* para mejorar la accesibilidad, la continuidad asistencial y la capacidad de respuesta, acercándolo a la ciudadanía. Se deberán desarrollar Herramientas de Ayuda en la Toma de Decisiones (HATD) que faciliten a la ciudadanía información basada en la evidencia acerca de cuidados y tratamientos, que promuevan el uso de su derecho a la información y la posibilidad de elección entre las opciones de diagnóstico.

9. INNOVACIÓN EN SALUD

9.1. Investigación (generación de conocimiento) e innovación (aplicación del conocimiento) en Salud en Andalucía

El Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) tiene como objetivo principal la asistencia sanitaria. Sin embargo, su actividad y objetivos estarían incompletos sin la generación de conocimiento en sus facetas de investigación, desarrollo e innovación, pilares básicos en la evolución de cualquier institución. Éstos proporcionan una mejoría y eficiencia continuas y significativas en el desempeño del servicio que prestan sus profesionales.

En Andalucía, para orientar y ordenar el desarrollo y generación del conocimiento biomédico y sanitario dentro del SSPA se han establecido dos Estrategias:

- Estrategia de investigación e innovación en salud en Andalucía para el período 2014-2018:
- Estrategia de Investigación e Innovación en salud en Andalucía: Cuatrienio 2020-2023, caminado hacia el horizonte 2027.

9.1.1. Situación en Andalucía de la Investigación e Innovación en Salud[20]

- *Investigación en Biomedicina y captación de recursos*: El SSPA ocupa la tercera posición a nivel nacional en I+i en Salud en el ámbito de las CC.AA., dentro de la investigación en Biomedicina. Sin embargo, su participación en cuanto a captación de recursos en programas de financiación de agencias nacionales y europeas, así como en producción científica, es inferior al nivel que le correspondería en cuanto al volumen de recursos en el conjunto del SNS y a los factores demográficos

- Esfuerzos en *Investigación*: En los últimos años se ha incrementado la capacidad de producción de manera significativ , contando con grupos e instituciones de excelencia que concentran la mayor parte de los proyectos y resultados. Sin embargo, un número importante de los centros sanitarios están por debajo de su capacidad, lo que dificulta la convergencia y competitividad con otras instituciones, regiones y países, pero constituye el mayor potencial de crecimiento.

- *Escasa Innovación*: El sistema de I+i se ha orientado de forma muy intensa a potenciar la investigación de excelencia, y por tanto la generación de conocimiento, dejando en un segundo plano las actividades de desarrollo e innovación, lo que ha incidido, junto a otras causas, en la baja capacidad

[20] Estrategia de investigación e innovación en salud en Andalucía para el período 2014- 2018: Conclusiones Generales del análisis de situación de la Investigación e Innovación en Salud de Andalucía, pág. 27, https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/estrategia_I_I_2014_18.pdf

de atracción de entramado empresarial (biotecnológico y farmacéutico) en Andalucía. Por tanto, es necesario desarrollar nuevas herramientas que potencien la innovación, ya que las actualmente puestas en marcha para el fomento de la investigación no son siempre directamente aplicables a este ámbito.

- *Recursos públicos dedicados a I+i*: El panorama es incierto dada la situación de crisis económica y financiera. No obstante, el compromiso político de la Junta de Andalucía, verificado en el mantenimiento e incluso incremento de los recursos para investigación en salud en 2012 y 2013 por parte de la Consejería competente en materia de Salud, es mantener el esfuerzo en I+i lo que incrementará la competitividad de nuestra región a nivel nacional.

- *Las empresas andaluzas deberían aprovechar mejor el tejido investigador local*: Es tradicional el bajo esfuerzo en I+i de las empresas en Andalucía, a lo que no es ajena su baja implantación. La capacidad de compra del SSPA debería influir en mantener una relación diferente con el sistema y aprovechar las oportunidades de inversión para desarrollar la capacidad de investigación de las empresas.

- *Potenciar los sectores Pharma y productos sanitarios*: Existen algunos sectores, como el de las TICs, mejor posicionados que los de Pharma y productos sanitarios que deberían ser objeto de mayor atención, como oportunidades de I+i para el sistema y de desarrollo del tejido industrial.

- *Investigación académica:* Universidades, OPIs, Centros Tecnológicos, etc., cuentan con una capacidad científica y tecnológica instalada que debe ser tenida para la optimización de recursos públicos.

8. La mejora en la gestión de la I+i requiere impregnar todos los niveles de la Gestión Clínica para multiplicar la capacidad operativa y obtener ventajas de las oportunidades que brinda el entorno.

9.1.2. El Marco de la Estrategia de Investigación e Innovación en salud en Andalucía para el período 2014- 2018

Las coordenadas de esta Estrategia, se encuentran en las políticas europeas, nacionales y autonómicas de I+i, determinadas principalmente, por las siguientes estrategias/planes:

- Horizonte 2020 de Investigación e Innovación de la Unión Europea
- Estrategia RIS3 de especialización inteligente de la Unión Europea
- Estrategia Española de Ciencia y Tecnología y de Innovación (2013-2020)
- Plan Estatal de Investigación Científica, Técnica y de Innovación (2013-2016), y en particular en la Acción Estratégica de Salud
- IV Plan Andaluz de Salud 2013-2020: El SSPA como agente clave en generación del conocimiento, desarrollo tecnológico e innovación en salud

En concreto, el IV Plan Andaluz de Salud establece de forma inequívoca un compromiso del Gobierno de Andalucía con la investigación e innovación en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. El Compromiso 4, "Reducir las desigualdades sociales en Salud", fija la Meta 4.4. orientada a generar nuevo conocimiento sobre la magnitud de las desigualdades sociales, su impacto en la salud, su evolución y la efectividad de las intervenciones y políticas para reducirlas. Por otra parte, el Compromiso 6, "Fomentar la gestión del conocimiento e incorporación de tecnologías con criterios de sostenibilidad para mejorar la salud de la población", entre las Metas que señala, busca potenciar la generación y transferencia del conocimiento en el espacio compartido donde se desarrolla la gestión clínica, y busca la garantía de una organización sanitaria que detecte y responda de forma flexible, equitativa y sostenible a las necesidades y expectativas de las personas apoyándose en la investigación, el desarrollo tecnológico y la innovación; también plantea que el SSPA sea un agente

clave en la generación del conocimiento, en el desarrollo tecnológico y en la innovación en el ámbito de la salud.

- Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2010-2014: El conocimiento como un valor esencial de la Organización, para la mejora de la calidad de los servicios y los resultados en salud de la población

El Plan de Calidad del SSPA, plantea en su Objetivo 3, seis líneas de acción dirigidas a: diseñar y poner en marcha una nueva Estrategia de I+D+i, incrementar el Capital Humano Investigador a través de la promoción del talento y desarrollo profesional y de cambios normativos y organizativos necesarios, potenciar el establecimiento de alianzas con organizaciones y I+i 2014/2018 empresas, promover la investigación dirigida a evaluar el impacto real del SSPA en la salud y en el progreso social y económico de Andalucía, así como introducir las técnicas y metodología de la investigación social con repercusiones sanitarias.

Y en su Objetivo 4, del mismo ámbito de Profesionales, el desarrollo y consolidación de instrumentos accesibles, personalizados y amigables de soporte a la gestión del conocimiento, con un despliegue de tres líneas específic s. En el apartado dirigido a Espacio Compartido, pretende situar el conocimiento como un valor esencial de la Organización, para la mejora de la calidad de los servicios y los resultados en salud de la población

- Plan Andaluz de Investigación, Desarrollo e Innovación 2014-2020 (PAIDI).

La Estrategia de I+i en Salud se enmarca en el Plan Andaluz de Investigación, Desarrollo e Innovación (PAIDI) 2014-2020. Este es el principal instrumento de programación, coordinación, dinamización y evaluación de la política de Investigación, Desarrollo Tecnológico y de Innovación de la Junta de Andalucía. La Estrategia de I+i en Salud se adaptará en lo que fuese necesario en los contenidos que se desarrollen en el PAIDI.

9.1.3. Nueva Estrategía de Investigación e Innovación en salud en Andalucía: Cuatrienio 2020-2023, caminado hacia el horizonte 2027

Cinco son los pilares que definen las "Ideas Fuerza" que enmarcan las Líneas Maestras de la Estrategia, sobre los que se articulará y desarrollará la investigación e innovación en el SSPA hasta 2027. En este sentido, las líneas maestras se presentan como estructura programática esencial que va desde la consolidación del valor que la I+i de excelencia aporta al SSPA, a la proyección internacional de los desarrollos en Andalucía. Para ello, se considera esencial generar estrategias de colaboración público-privada que permitan establecer nuevas vías de financiación para que los investigadores desarrollen proyectos de mayor envergadura y con marcado carácter traslacional hacia la sociedad. La colaboración público-privada se enmarca en el compromiso de la propia sociedad para potenciar el desarrollo de la I+i en el SSPA, que posteriormente repercutirá en el propio ciudadano.

Líneas maestras (Estructura programática):

- Consolidar el valor de la investigación e innovación en salud, por y para la sociedad, mediante el desarrollo de un conocimiento de excelencia
- Posicionar la investigación e innovación de Andalucía a nivel nacional e internacional
- Estimular y facilitar la colaboración público-privada
- Potenciar la investigación e innovación en genómica, terapias avanzadas, enfermedades raras, junto al desarrollo de la medicina móvil, big data e inteligencia artificial con el objetivo de avanzar en la medicina personalizad
- Favorecer la captación de talento

Las cinco líneas maestras se articularán y tendrán su desarrollo y respuesta a través de tres grandes Ejes Estratégicos, con sus objetivos y acciones específicas

- Eje 1 Promoción de la I+I en el SSPA

Destacamos los objetivos de ponderar adecuadamente los criterios de docencia, investigación e innovación en los diferentes procesos selectivos y de provisión de puestos del SSPA y mejorar la investigación e innovación en Atención primaria.

- Eje 2 Captación de recursos para investigación e innovación en salud

- Eje 3 Desarrollo de capital humano para la generación de conocimiento biomédico traslacional

Resaltamos los objetivos de crear nuevas categorías profesionales (Investigador Biomédico y Clínico Investigador)

9.2. Gestionar el conocimiento y la tecnología con criterios de sostenibilidad

Este es el Compromiso VI del IV Plan Andaluz de Salud (2013-2020). Para cumplirlo, establece unas metas, cada una de las cuales tiene sus objetivos.

Meta 6.1. Conseguir un marco colaborativo entre los agentes implicados que garantice la *gestión de la información, y la generación e incorporación del conocimiento y la tecnología* orientada a la mejora de la salud, en un escenario de equidad y responsabilidad compartida

Meta 6.2. Impulsar los mecanismos que fomenten la generación e incorporación de *conocimientos y tecnologías de calidad* que garanticen el servicio a la ciudadanía en la mejora de su salud.

Meta 6.3. Garantizar una *organización sanitaria* que detecte y responda de forma flexible, equitativa y sostenible a las necesidades y expectativas de las personas apoyándose en la *investigación, el desarrollo tecnológico y la innovación*

Meta 6.4. Orientar el uso de las *nuevas tecnologías* a mejorar el acceso equitativo de la ciudadanía a la información y a los servicios de salud, así como a fomentar la capacitación y la participación ciudadana para generar más salud.

9.3. La Política de Seguridad de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) del Servicio Andaluz de Salud

El ofrecimiento de servicios sanitarios públicos de calidad, buscando la eficiencia, el aprovechamiento óptimo de los recursos, la accesibilidad, la equidad y satisfacción de los usuarios, requiere indiscutiblemente gestionar de forma segura la información como uno de los activos más importantes. Este hecho, y el uso extensivo de las tecnologías de la información y comunicaciones, ponen de manifi sto la necesidad de definir la Política de Seguridad TIC del SAS, con el objetivo de establecer directrices básicas y duraderas para una protección efica de los sistemas gestionados por el SAS y de la información almacenada en los mismos.

Mediante la Resolución de 8 de abril de 2021, de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, se aprueba la Política de Seguridad de las Tecnologías de la información y la comunicación del Servicio Andaluz de Salud.

La política de seguridad TIC tiene como misión disminuir de manera significativa los riesgos a los que están sometidos los activos de información que dan soporte a los procesos de protección de la salud de la ciudadanía. Pretende lograr niveles adecuados de disponibilidad, autenticidad, integridad, confidencialidad y trazabilidad, como dimensiones de la seguridad, para toda la información institucional relevante, con el objeto de asegurar la continuidad operacional de los procesos y

servicios; y también de privacidad, para salvaguardar los derechos y libertades de las personas físicas. Todo ello a través de un sistema de gestión de seguridad de la información.

El ámbito de aplicación de la política de Seguridad TIC contenida es de aplicación al Servicio Andaluz de Salud, tanto a sus Servicios Centrales como en sus diferentes órganos, centros e Instituciones sanitarias desplegadas en el territorio e integradas administrativamente en el mismo: servicios de atención primaria y hospitalaria prestados por Instituciones dependientes o vinculadas y a las organizaciones específicas como son las áreas de gestión sanitaria y la red andaluza de medicina transfusional, tejidos y células trasplantes

También será de aplicación para todas las personas que accedan a los Sistemas de Información como a la propia información que sea gestionada por el Servicio Andaluz de Salud, con independencia de cuál sea su destino, adscripción o relación con la misma.

La política de Seguridad TIC se hará extensiva a los centros y servicios de terceros concertados con el SAS o Consorcios que compartan información con el mismo. Así mismo, podrá ser aplicable a cualesquiera otros centros, servicios y establecimientos sanitarios que formen parte del Sistema Sanitario Público de Andalucía y que no encuentren cobertura en la política de seguridad TIC de la Consejería de Salud y Familias.

9.4. Historia Clínica Electrónica

Un avance muy importante ha sido la implantación de la historia clínica electrónica (Diraya) en todos los ámbitos del SSPA. Es un complejo sistema informático, que unifica toda la información clínica de los pacientes, interconectando la información de Atención primaria (Historia de Salud Única e Historia de Salud Digital) y de Atención especializada (Estación Clínica). Se compone además de diversos módulos de gestión de consultas, vacunación, etc.

9.5. Generar una cultura de humanización en la organización del SSPA

Humanizar es la acción de hacer humano, familiar y afable a alguien o algo. La humanización es inherente a la acción sanitaria, y significa apostar por un trato amable, por una asistencia centrada en la persona y en sus derechos, que escucha y acompaña, que prioriza la participación, que avanza en su compromiso y responsabilidad social en el seno de un diálogo permanente con la ciudadanía. Implica humanizar las relaciones, la gestión de los servicios, las instituciones en su conjunto, los espacios, los tiempos, etc. Y es una acción, una tarea, una habilidad que implica a instituciones, gestores, profesionales del ámbito sanitario, pacientes y familias de estos. Humanizar la salud, por lo tanto, constituye un compromiso ético de considerar a la persona en su globalidad.

El Plan de Humanización del SSPA[21] tiene como objetivo impulsar el desarrollo de Estrategias de Humanización en el SSPA que incorporen lo que realmente tiene valor para el paciente, que velen por la dignidad de las personas y sus derechos, y por el cuidado de sus profesionales, que fomenten el respeto, la escucha y la participación, en un entorno confortable y en un marco ético, de equidad y de excelencia en la atención. En él se recogen como características y elementos esenciales y diferenciadores del mismo los siguientes: Accesibilidad, Personalización, Compromiso con la Calidad, Corresponsabilidad y Cultura de Humanización. La propuesta de diferentes acciones de humanización que impregnen las políticas y la atención sanitaria se diseminan en cuatro Líneas Estratégicas, que son las siguientes:

Área organizacional •LE1: Generar una cultura de humanización en el SSPA que impregne a toda la Organización Sanitaria.

[21] Acuerdo de 13 de abril de 2021, del Consejo de Gobierno, por el que se toma conocimiento del Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía, BOJA n.º 71.

Área estructural •LE2: Promover espacios, recursos e innovaciones tecnológicas que garanticen el respeto por la dignidad del paciente en el SSPA.

Área asistencial •LE3: Potenciar una atención de calidad, personalizada, que contemple todas las dimensiones de la persona y aporte resultados tangibles para el paciente.

Área relacional •LE4: Centrar la atención sanitaria en un marco de escucha activa, comunicacióndecisiones compartidas y corresponsabilidad con el SSPA.

Centrándonos en la La Línea Estratégica 1, "Generar una cultura de humanización en el SSPA que impregne a toda la Organización Sanitaria", sitúa la Humanización como marco estratégico en la definición de políticas y prioridades a nivel de macrogestión y mesogestión en el ámbito de la salud, y pretende generar una transformación cultural de la Organización. Sus objetivos específicos son los siguientes:

- Potenciar la capacitación y sensibilización de profesionales, gestores y ciudadanía en humanización a través de la formación.
- Promover prácticas administrativas y organizativas de los servicios sanitarios que favorezcan la accesibilidad, la equidad y la continuidad asistencial: Rediseño de protocolos y circuitos adaptados a las personas, especialmente a colectivos más vulnerables o con necesidades especiales (Teleconsultas, Consultas acto único).
- Favorecer condiciones de trabajo adecuadas para profesionales.
- Favorecer condiciones de trabajo adecuadas para profesionales: Formación a gestores en liderazgo emocional, formación a gestores y profesionales en habilidades para el trabajo en equipo

A continuación, se detallan los objetivos específicos y se orienta sobre posibles acciones para su despliegue.

CONCLUSIONES

El Servicio Andaluz de Salud, prestador único de servicios sanitarios: El abandono de las técnicas de gestión empresarial

La asunción por parte del Servicio Andaluz de Salud de los fines y objetivos de las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias- Entidades de Derecho Publico, con personalidad jurídica, que por ley hayan de ajustar sus actividades al ordenamiento jurídico privado- ha supuesto el abandono de las técnicas de gestión empresarial y la consolidación del Servicio Andaluz de Salud -Agencia Administrativa, regida por el Derecho Administrativo- como prestador único de servicios sanitarios, con el objetivo de una configuración más racional del SSPA que permita hacer efectivo el derecho a la protección de la salud previsto en la Constitución Española. Curiosamente este cambio en la gestión coincide con el nuevo signo político del Gobierno, tras muchos años de Gobiernos socialistas.

Personal del Sistema Sanitario público de Andalucía

Uno de los argumentos utilizados para proponer y regular nuevas formas de gestión en los servicios sanitarios públicos, es que se consiguen mayores niveles de eficiencia cuando el personal está sometido al Derecho del Trabajo, respecto al personal funcionario/estatutario, sometido al Derecho público. A raíz de la disolución de las Agencias Públicas Empresariales, el personal del SSPA es estatutario, en línea con la tesis de que la laboralización del personal no justifica una mayor eficiencia en la gestión

Convenios y Conciertos: Simplificación administrativa de requisitos previos

El actual contexto normativo básico estatal y de desarrollo en Andalucía prevé la necesidad de la homologación con carácter previo a la concertación. No obstante, la Ley 20/2013, de 9 de diciembre, de Garantía de la Unidad de Mercado, determinó límites al establecimiento de trabas y barreras en la regulación de la actividad económica. Los principios de no discriminación, cooperación y confianza mutua, necesidad y proporcionalidad de sus actuaciones establecidos por esta Ley, se garantizarán en particular en las disposiciones y actos, entre otros, de autorizaciones, licencias y concesiones administrativas y documentación relativa a los contratos públicos, incluidos sus pliegos y cláusulas.

En el desarrollo de la Ley General de Sanidad, el artículo 76 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, determina que para la suscripción de convenios o conciertos, las entidades, centros y servicios sanitarios deberán estar autorizados para el desarrollo de las actividades sanitarias objeto de los mismos en las correspondientes unidades asistenciales para las que se entenderán homologadas y acreditadas. Se ha simplificado administrativamente en un solo procedimiento, la Autorización (Acreditación) y Homologación de los centros sanitarios previos los conciertos.

Renovación de la Atención primaria

El azote de la Pandemia Covid 19, ha influido en las metas y objetivos del Plan Estratégico 2020-2022.

Las medidas propuestas se han centrado en mejorar la accesibilidad y una gestión eficiente de la demanda asistencial. Es necesario también definir nuevos perfiles profesionales y desburocratizar al personal sanitario. La revisión de la cartera de servicios se centrará en la atención sanitaria a mayores que viven en residencias, la promoción y prevención de la salud en el ámbito educativo y la telemedicina, potenciando el uso adecuado de las herramientas digitales para la atención en consulta.

Reordenación de la Atención a las Urgencias y Emergencias Sanitarias

Los puntos clave de la reorganización se centran en la revisón del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias está en revisión, y por otro lado la disolución la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES), siendo el Servicio Andaluz de Salud quien asume de manera efectiva la totalidad de los fines y objetivos de la EPES

Estas medidas propiciarán evitar disfunciones y establecer un modelo más eficiente que aglutinará de forma homogénea toda la actividad asistencial extrahospitalaria por vía terrestre o aérea de las urgencias y emergencias sanitarias de Andalucía.

Red Andaluza de Medicina Transfusional, Tejidos y Células

Se ha creado el Biobanco del Sistema Sanitario Público de Andalucía, dependiente de la Consejería competente en materia de salud, como un Biobanco en Red donde se integran todas las unidades hospitalarias, Centros Regionales y de Área de Transfusión Sanguínea, bancos de líneas celulares, bancos que puedan contener y procesar células, tejidos, sustancias y muestras biológicas para uso clínico o de investigación, y biobancos para la investigación de los centros sanitarios de la red pública andaluza. El Biobanco en Red del SSPA contiene dos grandes áreas: Funcional Asistencial y de Investigación. Será la Red Andaluza de Medicina Transfusional, Tejidos y Células, dependiente del Servicio Andaluz de Salud, la ejecutora de las funciones asistenciales del Biobanco del SSPA. La Red, se organizada en ocho nodos, uno por provincia, denominados Centros de Transfusión, Tejidos y Células.

Gestión Clínica

La Gestión Clínica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía se configura como un modelo organizativo centrado en la persona, basada en una red distribuida de espacios organizativos de ámbito multiprofesional, que permite dotar a los profesionales de mayor autonomía organizativa y

responsabilidad en la gestión de los recursos. La Unidad de Gestión Clínica (UGC) es la estructura organizativa en la que se materializa la Gestión Clínica en todos los centros sanitarios públicos. Ha recibido un impulso en el IV Plan Andaluz de Salud y en el III Plan de Calidad del SSPA, regulándose en el ámbito de la Atención Primaria pero no en la Atención Especializada (Hospitales). Se han implantado UGC en Salud Mental.

Avances organizativos en Salud Pública

En cuanto a la gestión de esta prestación, en Andalucía, se han regulado las Unidades de Gestión de Salud Pública. (UGSP). Estas Unidades desarrollarán, en su ámbito territorial y de competencias, la función de gestión integrada de las actuaciones de prevención, promoción, protección y vigilancia de la salud, así como la evaluación rápida de riesgos y la intervención ante las alertas de salud pública epidemiológicas, de seguridad alimentaria, de salud ambiental o de cualquier otro tipo.

Garantías y sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía

El fallido Proyecto de Ley de garantías y sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, que decayó por final de la pasada legislatura, dejó a éste sin cobertura legal, además hubiera sido el marco normativo para las Unidades de Gestión Clíca en el ámbito de la Atención especializada (Hospitales).

Orientación a resultados

El IV Plan Andaluz de Salud establece que el SSPA se sustentará por el compromiso de sus profesionales con los mejores resultados en salud, para ello fija como objetivos el disponer Sistemas de Información precisos, el compromiso de los profesionales y una cultura de gestión por valores.

Participación

Se han realizado esfuerzos legislativos realizados por el Estado y las Comunidades Autónomas en materia de participación, así como se ha impulsado a través de los Planes de Salud. No obstante aún se está lejos de que la participación sea real y efectiva, tanto de los ciudadanos como de los profesionales. Es necesario buscar indicadores de funcionamiento y de calidad de cada centro sanitario, que deben estar disponibles para la ciudadanía. Hay que impulsar los derechos colectivos de los pacientes y el reconocimiento de las asociaciones de pacientes como agentes sociales, incorporándolos en los procesos de rendición de cuentas por parte de los gestores sanitarios.

Innovación en Salud

Analizada la situación en Andalucía de la Investigación e Innovación en Salud, para orientar y ordenar el desarrollo y generación del conocimiento biomédico y sanitario dentro del SSPA, se han establecido dos Estrategias:

- Estrategia de investigación e innovación en salud en Andalucía para el período 2014- 2018, cuyas coordenadas, se encuentran en las políticas europeas, nacionales y autonómicas de I+i, destacando entre estas últimas, Plan Andaluz de Investigación, Desarrollo e Innovación 2014-2020 (PAIDI).
- Estrategia de Investigación e Innovación en salud en Andalucía: Cuatrienio 2020-2023, caminado hacia el horizonte 2027: Incluye desde la consolidación del valor que la I+i de excelencia aporta al SSPA, a la proyección internacional de los desarrollos en Andalucía. Para ello, se considera esencial generar estrategias de colaboración público-privada que permitan establecer nuevas vías de financiac ón para que los investigadores desarrollen proyectos de mayor envergadura y con marcado carácter traslacional hacia la sociedad.

El sector de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs), está mejor posicionado que los de Pharma y productos sanitarios en Andalucía; éstos últimos deberían ser objeto de mayor atención, como oportunidades de I+i para el sistema y de desarrollo del tejido industrial.

Respecto a las TICs, el ofrecimiento de servicios sanitarios públicos de calidad, buscando la eficiencia, el aprovechamiento óptimo de los recursos, la accesibilidad, la equidad y satisfacción de los usuarios, requiere indiscutiblemente gestionar de forma segura la información como uno de los activos más importantes. Este hecho, y el uso extensivo de las tecnologías de la información y comunicaciones (TICs), han desembocado en la aprobación ponen de manifiesto la la Política de Seguridad TIC del Servicio Andaluz de Salud, con el objetivo de establecer directrices básicas y duraderas para una protección eficaz de los sistemas gestionados por el SAS y de la información almacenada en los mismos.

Un avance muy importante ha sido la implantación de la historia clínica electrónica (Diraya) en todos los ámbitos del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

El Plan de Humanización del SSPA tiene como objetivo impulsar el desarrollo de Estrategias de Humanización en el SSPA que incorporen lo que realmente tiene valor para el paciente, que velen por la dignidad de las personas y sus derechos, y por el cuidado de sus profesionales, que fomenten el respeto, la escucha y la participación, en un entorno confortable y en un marco ético, de equidad y de excelencia en la atención. Sus elementos esenciales y diferenciadores son la Accesibilidad, la Personalización, el Compromiso con la Calidad, la Corresponsabilidad y Cultura de Humanización.

BIBLIOGRAFÍA

Dominguez Martin, M., "Formas de gestión de la sanidad pública en España", Ed. La Ley, Madrid, 2006.

ESTRATEGÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ANADALUCÍA: Estrategia de Atención: Plan Estratégico 2020-2022, http://portavoz.cpre.junta-andalucia.es/presidencia/portavoz/salud/164079/ConsejeriadeSaludyFamilias/JesusAguirre/atencionprimaria/estrategia

ESTRATEGÍA DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN SALUD EN ANDALUCÍA PARA EL PERÍODO 2014-2018, https://juntadeandalucia.es/organismos/transparencia/planificacion evaluacion-estadistica/planes/detalle/50587.html

ESTRATEGÍA DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN SALUD EN ANDALUCÍA: CUATRIENIO 2020-2023, CAMINANDO HACIA EL HORIZONTE 2027, https://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/ESTRATEGIA_I+i.pdf

Girela Molina, B., "Gestión administrativa de la asistencia sanitaria en el Sistema Nacional de Salud", *Tesis Doctoral*, Universidad de Granada, 2014.

INFORME DE LOS EQUIPOS TÉCNICOS ASOCIACIÓN FACULTATIVOS ESPECIALISTA DE MADRID (AFEM) Y LOPEZ RODÓ & CRUZ FERRER ABOGADOS, "Sobre la constitucionalidad de la concesión de los servicios sanitarios de hospitales y centros de salud por la Comunidad de Madrid", Madrid, 19 marzo de 2013. http://www.asociacionfacultativos.com/images/comunicados/inconstitucional.pdf

INSTITUTO PARA EL DESARROLLO E INTEGRACIÓN DE LA SANIDAD (IDIS), "Sanidad Privada Aportando Valor. Análisis de situación 2020", *Accenture*, Junio 2020.

INSTITUTO PARA EL DESARROLLO E INTEGRACIÓN DE LA SANIDAD (IDIS), "Informe monográfico Covid-19 1 ID20-0025_Anexo2v1. Aportando Valor Monográfico COVID", Elaborado por: *Accenture* con datos aportados por ASPE, UNESPA, FARMAINDUSTRIA y FENIN. Junio 2020.

Menendez Rexach, A., "La gestión indirecta de la asistencia sanitaria pública. Reflexiones en torno al debate sobre la privatización de la sanidad", *Revista de Administración Sanitaria*, 2008/2.

Monereo Perez, J.L., Molina Navarrete, C., Moreno Vida, M.N. (Dirs.), "Comentario a la legislación reguladora de la Sanidad en España: régimen jurídico de la organización sanitaria, personal sanitario y prestaciones sanitarias", Editorial Comares, Granada, 2007.

PLAN ANDALUD DE SALUD IV 2013-2020, https://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/IV_PAS_v9.pdf

PLAN ANDALUZ DE INVESTIGACIÓN, DESARROLLO E INNOVACIÓN 2020 (PAIDI), https://juntadeandalucia.es/servicios/publicaciones/detalle/77931.html

PLAN DE CALIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ANDALUCÍA III, 20210-2014,https://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af195691fb5b_plan_calidad_2010.pdf

REPULLO LABRADOR, J.R., "Retos de los Sistemas Sanitarios Públicos para garantizar su calidad, equidad y sostenibilidad", en "La Inspección Sanitaria ante los retos del Sistema de Salud", *V Congreso Nacional Federación de Asociaciones de Inspección de Servicios Sanitarios*, Úbeda, 9-12 octubre, 2013.

Sanchez Bayle, M., "La privatización de la asistencia sanitaria en España", *Laboratorio de Alternativas, Fundación Alternativas,* Documento de Trabajo 182/2014.

nº Extraordinario 4
ISSN: 2386-7191 – ISSNe: 2387-0370

La evolución del servicio nacional de salud en las dinámicas mantenidas entre el estado italiano y las administraciones regionales[1]

The evolution of the national health service in the dynamics maintained between the italian state and the regional administrations

Fabio Giglioni *Catedrático de Derecho Administrativo, Universidad de Roma "La Sapienza"*

Resumen

La estructura regionalista del Servicio Nacional de Salud italiano comenzó a tomar forma en los años 90 y está fuertemente vinculada a exigencias que responden principalmente a los principios de eficiencia y de control del gasto público. Esta tendencia se vio reforzada con la reforma constitucional de 2001. La materia que ahora se atribuye a la competencia compartida es la de "protección de la salud", con un alcance mayor que el anterior, que se limitaba únicamente a la asistencia sanitaria y hospitalaria. Esto ha dado lugar a una regionalización reforzada del sistema sanitario. Como compensación parcial, las autoridades estatales han conservado un fuerte poder de gobernanza en el ámbito del control del gasto público, especialmente en el caso de la gestión del déficit regional, mediante la activación de los llamados 'patti di rientro' (pactos de devolución). A pesar de esta tendencia imperante, la interpretación del Tribunal Constitucional sobre el reparto de competencias dejó diferentes espacios para la intervención del Estado que debe garantizar la igualdad de los ciudadanos. Desde que la necesidad de controlar el gasto público ha venido siendo la pauta dominante, el gobierno central se ha ocupado principalmente de establecer los parámetros de equilibrio, especialmente en términos de eficiencia Esto ha debilitado el enfoque de la cultura de servicio público y la equidad de la atención. Para garantizar la igualdad en un marco de diferenciación sostenible de las organizaciones se han determinado unos niveles esenciales, que son responsabilidad exclusiva del Estado, pero la experiencia pone de manifiesto que se ha sobreestimado la fuerza reequilibradora de los niveles esenciales.

Palabras Clave

sistema nacional de salud; estructura regionalista; gobernanza; niveles esenciales

Abstract

The regionalist structure of the Italian National Health Service began to take shape in the 90 and is strongly linked to demands that respond mainly to the principles of efficiency and control of public expenditure. This trend was reinforced by the constitutional reform of 2001. The subject that is now attributed to shared competence is "health protection", with a greater scope than the previous one, which was limited only to health and hospital care. This has led to a strengthened regionalization of the health system. As partial compensation, the state authorities have retained a strong governance power in the area of controlling public expenditure, especially in the case of regional deficit management, through the activation of the so-called 'patti di rientro' (repayment pacts). Despite this prevailing trend, the Constitutional Court's interpretation of the distribution of competences left different spaces for State intervention, which must guarantee the equality of citizens. Since the need to control public spending has been the dominant pattern, the central government has been mainly concerned with setting the parameters of equilibrium, especially in terms of efficienc . This has weakened the focus of the public service culture and the equity of care. In order to ensure equality within a framework of sustainable differentiation of organizations, essential levels have been identified, which are the exclusive responsibility of the State, but experience shows that the rebalancing force of essential levels has been overestimated.

Keywords

national health system; regionalist structure; governance; essential levels

[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

1. LA HUELLA REGIONALISTA DE LAS REFORMAS DE LOS AÑOS 90 DEL PASADO SIGLO

La creación del servicio nacional de salud en Italia en 1978 tuvo el mérito de perfila , entre otras cosas, un nuevo y moderno modelo de organización administrativa que fue recibido con gran interés[2]. De hecho, fue una de las primeras ocasiones en las que se perfiló una administración en red, es decir, un sistema de autoridades públicas repartidas por el territorio, a escala municipal o supramunicipal, dirigidas funcionalmente por el centro constituido por el Ministerio de Sanidad. Dichos centros, denominados unidades sanitarias locales, estaban formados por organismos elegidos por los Ayuntamientos, que reflejaban los diferentes equilibrios de las situaciones locales, pero regidos por el centro en función de un criterio que aún prevalecía en la época: el de la uniformidad organizativa[3]. El objetivo principal, que explicaba la estructura de este modelo organizativo era el de garantizar una fuerte presencia de los operadores públicos en el sector sanitario de todo el país, invirtiendo de forma decisiva la tendencia que había predominado hasta entonces, en la que el servicio sanitario era esencialmente privado[4].

La elección del ámbito municipal como campo de actuación preferente se debió, por lo tanto, a la garantía que este ofrecía en cuanto a la capilaridad de la presencia pública en cada ámbito territorial, asegurando la urgente necesidad de proteger la igualdad de los ciudadanos en el acceso a los servicios sanitarios. Es interesante señalar que esta elección se hizo al día siguiente de la activación de las instituciones regionales que se había producido algunos años antes. Aunque en la Constitución Italiana el tema de la sanidad y de la atención hospitalaria se repartía entre el Estado y los gobiernos de las regiones, la capacidad organizativa de estas se vio muy reducida después de implantarse este modelo diseñado directamente por el centro en 1978.

Sin embargo, la crisis del sector público en Italia a principios de los años 90 provocó un cambio radical en las políticas públicas y, en lo que respecta a la asistencia sanitaria, dio lugar a una nueva estructura de responsabilidades, que quedó plasmada en el Decreto Legislativo núm. 502 del año 1992[5]. Los importantes déficits sanitarios acumulados por las regiones se debían a la falta de responsabilidad regional en la búsqueda y la gestión de recursos públicos, que hasta entonces procedían exclusivamente del fondo sanitario nacional controlado por el Ministerio de Sanidad, lo que llevó al legislador nacional a aumentar el papel de las regiones, permitiéndoles tener una influencia más significativa en la organización territorial de la sanidad. De hecho, después de 1992, las unidades sanitarias locales se convirtieron en estructuras dependientes de las regiones, que pudieron rediseñarlas en cuanto a su ámbito territorial de referencia, produciéndose una sustancial reducción en el número de las mismas. Los distritos correspondientes ya no se hacían coincidir con los municipios; a excepción de las grandes ciudades, en la mayoría de las regiones italianas las unidades sanitarias locales pasaron a organizarse a escala provincial o según los distritos territoriales originales que, en cualquier caso, eran grandes áreas y, en algunos casos, incluso directamente regionales, con una única unidad sanitaria que cubría todo el territorio regional[6]. Además, la reorganización de los hospitales

[2] Cfr. L. Giannico, *Amministrazione sanitaria. Storia*, in M.S. Giannini, G. de Cesare, *Dizionario di diritto sanitario,* Milán, Giuffré, 1984, pág. 74 y ss.; N. Aicardi, *La sanità*, in S. Cassese (Eds.), *Trattato di diritto amministrativo*, Milán, Giuffré, 2033, 630 ss.; R. Balduzzi, *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale*, Bolonia, Il Mulino, 2009.

[3] Cfr. G. Falcon, *Unità sanitaria locale*, in M.S. Giannini, G. De Cesare, *Dizionario di diritto sanitario,* Milán, Giuffré, 1984, pág. 588 y ss.

[4] Lo ha recordado más recientemente F. Saitta, *Autonomie territoriali e governo della sanità*, in *Ist. fed.*, 2018, págs. 792-794.

[5] Este aspecto está indudablemente consolidado en la literatura especializada; para todo ello véase A. Pioggia, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Turín, Giappichelli, 2020.

[6] Por ejemplo, es bien sabido que la región de Las Marcas sólo cuenta con una unidad sanitaria local para toda la región, solución que también siguen las regiones de Molise y Cerdeña. Por otro lado, las regiones de Lombardía, Toscana y Véneto destacan como regiones que han construido distritos sanitarios de área amplia, que están desalineados con las circunscripciones territoriales administrativas de representación. Las demás regiones, en cambio, han dado preferencia al nivel provincial para la organización de la asistencia sanitaria.

ha permitido que la mayoría pasen a depender de las regiones, tanto si han permanecido dentro de las unidades sanitarias locales como unidades hospitalarias como si se han transformado en empresas hospitalarias. No menos significativas son las condiciones que las regiones pueden imponer a las entidades de hospitalización y asistencia de carácter científico, aunque en este caso el Estado también conserva algunos mecanismos de control[7].

A esto hay que añadir que, desde los años 90, las responsabilidades de gestión financiera de las regiones han aumentado, gracias a la posibilidad de utilizar algunas nuevas fuentes de ingresos como las vinculadas a la participación de los usuarios en los gastos y algunos impuestos específicos de responsabilidad regional.

Así pues, puede decirse que la estructura regionalista del Servicio Nacional de Salud italiano comenzó a tomar forma en los años 90 y está fuertemente vinculada a exigencias que responden principalmente a los principios de eficiencia y de control del gasto público. A diferencia de otros ámbitos sectoriales, en los que desde los años setenta el regionalismo italiano ha estado impulsado por el deseo de garantizar una mayor participación de los territorios en las decisiones públicas y, por tanto, en una dirección dirigida a reforzar las condiciones democráticas del sistema legal, en el caso de la sanidad el sistema regionalista ha tenido una motivación diferente: recuperar la eficiencia del sistema y reducir el gasto público.

2. EL IMPACTO DE LA REFORMA CONSTITUCIONAL DE 2001

Esta tendencia se vio reforzada con la reforma constitucional de 2001. Aunque las regiones han conservado las competencias compartidas en materia de sanidad, su posición ha cambiado. Esto se debe en parte al hecho de que el tema ha sido rebautizado y en parte al cambio de contexto de la división de poderes entre el Estado y las regiones. Desde el primer punto de vista, cabe señalar que la materia que ahora se atribuye a la competencia compartida es la de "protección de la salud", cuyo alcance se considera indudablemente mayor que el anterior, que se limitaba únicamente a la asistencia sanitaria y hospitalaria[8]. Pero, sobre todo, el refuerzo de las regiones se deriva del nuevo contexto del equilibrio de poderes existente entre el Estado y las regiones: desde que la reforma de 2001 modificó la atribución de las materias residuales a las regiones, se argumentó que el Estado sólo podía ejercer la función legislativa dentro de los límites de las competencias explícitamente previstas por el artículo 117 de la Constitución, sin poder siquiera hacer uso de la facultad extraordinaria del interés nacional. Además, estas condiciones se han visto agravadas por el fortalecimiento de la autonomía financiera regional y la correspondiente reducción de la dependencia de las transferencias estatales, lo que ha ampliado aún más los márgenes de elección política de las regiones, así como el criterio de asignación de funciones administrativas que favorece a los niveles de gobierno más cercanos a los territorios administrados.

En este contexto, existía la convicción generalizada de que la organización del sistema sanitario debía ser responsabilidad de las regiones, que se reservarían así no sólo la organización de los centros públicos, sino también las relaciones con las entidades privadas y, en particular, con los operadores sanitarios privados acreditados. Esto ha dado lugar a una regionalización reforzada del sistema sanitario. Muchos observadores señalaron que el Sistema Nacional de Salud italiano debía considerarse ahora como un sistema compuesto por veintiún sistemas regionales de salud, algunos de los cuales eran muy diferentes entre sí[9]. El mayor impacto de esta cultura regionalista se produjo a nivel organizativo: el Ministerio de Sanidad fue cediendo sus competencias de coordinación sobre

[7] Sobre este particular, consúltese F. Giglioni, *Manuale di diritto sanitario*, Molfetta, Neldiritto, 2020, págs. 15-130.

[8] Cfr. D. Morana, *La salute nella Costituzione italiana. Profili sistematici*, Milán, Giuffré, 2002; G. Carpai, D. Morana, *Le competenze legislative in materia di «tutela della salute»*, in R. Balduzzi, G. Carpai (Eds.), *Manuale di diritto sanitario*, Bolonia, Il Mulino, 2013, págs. 95-121.

[9] Cfr. las preocupaciones formuladas en Cfr. R. Balduzzi, D. Servetti, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in *Rivista AIC*, 2019, 2, pág. 8.

los centros sanitarios, limitándose a trabajar en la determinación de los niveles esenciales de atención, que según el artículo 117, epígrafe 2, de la Constitución Italiana, se asigna en exclusiva al Estado, así como al control de las fronteras y las políticas internacionales. De este modo, fue perdiendo poco a poco las herramientas de gobierno y el conocimiento del sistema sanitario. La coordinación se logró a través de los instrumentos de negociación, pero en esos foros el Ministerio se presentó con cada vez con menor capacidad de influenci [10].

Como compensación parcial, las autoridades estatales han conservado un fuerte poder de gobernanza en el ámbito del control del gasto público, especialmente en el caso de la gestión del déficit regional. Mediante la activación de los llamados '*patti di rientro*' (pactos de devolución), el Estado ha podido influir en las opciones políticas regionales, condicionando también el plano organizativo, con el objetivo prioritario de salvaguardar el equilibrio financier [11]. Sin embargo, este papel lo ha ejercido el gobierno de forma parcial, afectando sólo a las regiones con peor capacidad de gestión financiera y con carácter temporal. Además, el instrumento más utilizado en la gobernanza de las regiones deficitarias ha sido la figura del comisario, aunque casi siempre el Comisario del Gobierno ha coincidido con el Presidente de la región, teniendo como consecuencia que el condicionamiento de las autoridades gubernamentales ha debido tener en cuenta la organización regional previa a la que los presidentes regionales están obviamente vinculados. Además, la recuperación de la intervención estatal no supuso una contención de la pérdida de control del Ministerio de Sanidad, ya que las funciones de gestión del gasto las ejercía el Ministerio de Economía. En cierto sentido, por tanto, puede decirse que el Ministerio de Sanidad se ha debilitado en una doble dirección: por un lado, frente a las regiones, y por otro, frente al Ministerio de Economía, que ha catalizado las políticas públicas durante los últimos treinta años, dominadas por el control de las finanzas públicas

A pesar de esta tendencia imperante, se destaca que la interpretación ofrecida por el Tribunal Constitucional sobre el reparto de competencias dejó incluso diferentes espacios para la intervención del Estado. De hecho, no han faltado pronunciamientos judiciales que han destacado la importancia de garantizar la igualdad de los ciudadanos, también a través de la determinación por parte del Estado de espacios de regulación más amplios que los que la interpretación dominante ha dejado entender. En el sistema italiano, la competencia concurrente reserva al Estado la posibilidad de definir unos principios generales, y en este contexto el Tribunal Constitucional ha señalado de forma reiterada que la determinación de los principios no debe resolverse a base de meros pronunciamientos de carácter absolutamente general, sino que puede referirse a contenidos normativos preceptivos que fundamenten el principio de igualdad de los ciudadanos, finalidad principal del establecimiento del Servicio Nacional de Salud. Es conocida, por ejemplo, la posición adoptada por el Tribunal sobre la necesidad de garantizar la igualdad de acceso a los tratamientos considerados de riesgo[12] o, aún más recientemente, la legitimidad de las opciones nacionales que sancionan la eficacia de la continuidad de los cuidados, aunque ello afecte directamente a la organización territorial de los centros sanitarios[13]. Estas indicaciones del Juez Constitucional, indudablemente favorables a la preservación del papel del gobierno central, han resultado sin embargo recesivas frente a un enfoque político destinado a salvaguardar el papel de las regiones.

3. LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DEL NUEVO SIGLO EN EL ÁMBITO SANITARIO

El desarrollo regionalista del sistema sanitario ha ido acompañado de una tendencia en las políticas de salud pública que han pretendido potenciar la competencia de los territorios y de sus actores. Desde que la necesidad de controlar el gasto público ha venido siendo la pauta dominante, el

[10] Así como en A. Pioggia, *Il decreto "Rilancio". Sanità e sicurezza*, in *Gior. dir. amm.*, 2020, págs. 565-566.

[11] Cfr. M. Belletti, *"Livelli essenziali delle prestazioni" e "coordinamento della finanza pubblica"*, in C. Bottari, *I livelli essenziali delle prestazioni sociali e sanitarie*, Rimini, Maggioli, 2014, pág. 17 y ss.

[12] Nos referimos aquí a las sentencias del Tribunal Constitucional núm. 282 de 2002 y núm. 338 de 2003.

[13] Véanse las sentencias del Tribunal Constitucional núm. 157 de 2019 y núm. 53 de 2020.

gobierno central se ha ocupado principalmente de establecer los parámetros de equilibrio, estimulando a las regiones para que alcancen los resultados esperados, especialmente en términos de eficiencia. Esto ha debilitado el enfoque de la cultura de servicio público y la equidad de la atención. El servicio sanitario se ha ido delineando cada vez más como un complejo de servicios destinados a satisfacer la demanda manifiesta de salud, asignando la centralidad no a las necesidades del individuo sino a la demanda de un servicio. En este sistema, como es obvio, es más importante centrar la atención en la oferta de los servicios, desarrollar las especializaciones médicas, orientar la oferta según una lógica que simule el mercado y vincular la financiación al pago de los servicios prestado [14].

Desde que se ha acentuado la dimensión competitiva, es natural que las regiones defiendan sus prerrogativas organizativas. La adquisición de recursos depende más de la capacidad de atracción de la demanda sanitaria, y es sobre esta base como las regiones defienden sus opciones organizativas de las injerencias estatales, que inevitablemente parecerían contradictorias con la dinámica competitiva generada. En un momento en que la principal directriz del gobierno estatal coincidía con la necesidad de garantizar unos niveles esenciales en donde se aplicasen unos modelos eficientes, el Ministerio de Sanidad y el sistema de autoridades estatales desempeñaron principalmente el papel de árbitro de la competencia territorial, dejando una amplia autonomía organizativa a las regiones[15]. El resultado ha provocado un aumento de las diferencias entre los territorios regionales, pero también dentro de ellos. Las desigualdades han crecido no sólo entre las regiones. En Italia la diferencia se aprecia entre las regiones del norte y las del sur, pero también dentro de las propias regiones, entre las zonas urbanas, en las que se concentran las instalaciones sanitarias en nombre de la eficiencia, y las zonas del interior, caracterizadas por el abandono de las instalaciones de los servicios públicos[16].

Un ejemplo significativo de lo que se está debatiendo se refiere a la función de prevención. El principal instrumento organizativo de las políticas de prevención son los departamentos creados a nivel de las unidades sanitarias locales. A pesar de la adopción, tanto a escala nacional como regional, de planes de prevención y de un plan nacional de cronicidad, sigue faltando un conjunto de valores y de indicadores homogéneos que proporcionen una base de información suficientemente fiable. A pesar de la relevancia del impacto que las medidas de prevención pueden generar sobre los determinantes de la salud, el sector relativo constituye a menudo la parte con menos financiación para las unidades sanitarias locales, porque carece de esa conexión con la demanda de salud que guía la organización de la oferta pública[17]. Además, las actividades realizadas se concentran excesivamente en las medidas de supervisión y de control, mientras que están completamente ausentes las nuevas figuras sociales y educativas, capaces también de desarrollar campañas de comunicación e información que aumenten la responsabilidad y la implicación de los ciudadanos. El fortalecimiento de las estructuras de prevención debe consistir también en el desarrollo de formas más efectivas de participación inclusiva de la población en los objetivos de salud pública, pero esto implicaría una discusión sobre el valor de servicio público de la oferta sanitaria, que es un elemento completamente ausente. Los territorios deben también ser capaces de producir una cultura de la salud diferente, capaz de reflejar la organización social actual y las formas de organización representativas[18], pero esta dirección no se ha fomentado lo suficiente a lo la go de los últimos años.

[14] Véase la contribución original en relación a estos aspectos de M. D'Angelosante, *Strumenti di controllo della spesa e concorrenza nell'organizzazione del servizio sanitario in Italia*, Rimini, Maggioli, 2012.

[15] Remítase a las consideraciones sobre este asunto ya realizadas en F. Giglioni, *L'organizzazione territoriale per il presidio del diritto alla salute*, in *Costituzionalismo*, 2020, págs. 108-113.

[16] Véanse N. Giannelli, *Disuguaglianze territoriali nel sistema sanitario italiano*, in *Riv. pol. soc.*, 2019, 3, pág. 9; M. Lucchini, S. Sarti, M. Tognetti Bordogna, *I welfare regionali e le differenze territoriali nelle disuguaglianze di salute*, in A. Brandolini, C. Saraceno, A. Schizzerotto (Eds.), *Dimensioni della disuguaglianza in Italia: povertà, salute, abitazione*, Bolonia, Il Mulino, 2009, págs. 188-189.

[17] Este punto ha sido bien ilustrado por V. Molaschi, *Programmazione e organizzazione dell'equità in sanità. L'organizzazione come «veicolo» di eguaglianza*, in *Riv. BioDiritto*, 2019, 2, págs. 47-49.

[18] Sobre este punto incide de forma muy pertinente A.R. Favaretto, *Diritti, culture della salute e partecipazione*, in R. Balduzzi (Ed.), *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale*, Bolonia, Il Mulino, 2009, págs. 178-179.

4. LA SOBREESTIMACIÓN DE LA CAPACIDAD DE LOS NIVELES ESENCIALES PARA GARANTIZAR LA IGUALDAD DE LOS CIUDADANOS

Es útil comprobar si estos cambios pueden haberse equilibrado por el establecimiento de unos niveles esenciales de atención, que alguna doctrina ha llegado a concebir como la nueva declinación de la igualdad[19]. De hecho, las nuevas indicaciones que han afectado a la organización de la asistencia sanitaria han sido asumidas de forma consciente: el reto lanzado era el de seguir garantizando la igualdad de los ciudadanos ante los problemas sanitarios dentro de una arquitectura organizativa que, sin embargo, abandonaba el principio de uniformidad. En definitiva, garantizar la igualdad en un marco de diferenciación sostenible de las organizaciones suponía concentrar la elección política en la determinación de unos niveles esenciales, que son responsabilidad exclusiva del Estado. Sin querer subestimar la importancia de esta cuestión, a la luz de lo que ha surgido en los últimos treinta años, puede decirse que se ha sobreestimado la fuerza reequilibradora de los niveles esenciales[20].

De hecho, incluso la determinación de los niveles esenciales parece ser una opción coherente con el marco transformador descrito[21]. En consonancia con el modelo organizativo emprendido durante los años noventa del pasado siglo, las misiones del servicio público se han visto mermadas. Si, por un lado, proceder al establecimiento de servicios específicos como definición del nivel esencial ofrece mayor claridad en cuanto a las obligaciones que deben respetar las regiones, por otro, sin embargo, también señala una tendencia en la que el servicio público se connota exclusivamente en términos de suma de servicios, entendidos como el producto de las actividades de las empresas. De este modo, hay toda una serie de operaciones y actividades que no son reconocibles como auténticos servicios y que, sin embargo, son determinantes esenciales de la salud, quedando excluidas del Servicio Público de Salud[22]. Pensemos por ejemplo en las actividades de control de la higiene, la educación alimentaria, la eliminación de las causas de la contaminación que provocan riesgos para la salud y la lucha contra las condiciones socialmente desfavorecidas. Sin duda, estas actividades también son importantes, aunque no estén realmente incluidos en el significado de los servicios. La Agencia Nacional de Servicios Sanitarios, en la presentación de su informe del año 2019, admite que el Plan Nacional de Resultados, aunque apreciable, no ha desarrollado aún indicadores que permitan evaluar la atención territorial y parece estar demasiado desequilibrado en la atención especializada[23].

Es mérito del Tribunal Constitucional que haya prevalecido una interpretación que no reduzca los niveles esenciales, lo que ha permitido desarrollar una noción más rica que el Gobierno ha tenido que tener en cuenta. Tras una primera articulación de los niveles esenciales, concebida sustancialmente como una lista de servicios, vino la aprobación de posteriores intervenciones normativas en las que

[19] Cfr. E. Balboni, *Livelli essenziali: il nuovo nome dell'eguaglianza? Evoluzione dei diritti sociali, sussidiarietà e società del benessere*, in E. Balboni, B. Baroni, A. Mattioni, G. Pastori (Eds.), *Il sistema integrato dei servizi sociali. Commento alla legge n. 328 del 2000 e i provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione*, Milán, Giuffré, 2007, pág. 27 y ss.

[20] El débil carácter de reequilibrio de los niveles esenciales ya había sido subrayado por E. Ferioli, *Sui livelli essenziali delle prestazioni: la fragilità di una clausola destinata a contemperare autonomia e uguaglianza*, in *Le Regioni*, 2006, págs. 572-573.

[21] Sobre esta cuestión véase M. D'Angelosante, C. Tubertini, *Cittadinanza amministrativa, salute e sanità*, in A. Pioggia, A. Bartolini, *Cittadinanze amministrative*, in D. Sorace, L. Ferrara (Ed.), *A 150 anni dall'unificazione italiana*, Florencia, VIII, 2017, págs. 111-112.

[22] La influencia de las condiciones sociales sobre el estado de salud de una persona es harto conocida, por ejemplo; véase V. Molaschi, *Programmazione e organizzazione dell'equità in sanità, cit.*, págs. 36-37.

[23] Esto, de hecho, es lo que se lee en las conclusiones del Programa Nacional de Resultados del año 2019, publicadas en la *web* institucional de la Agencia Nacional de Servicios Regionales de Salud (AGENAS). Sobre esta cuestión también insiste mucho A. Pioggia, *Il diritto alla salute alla prova della differenziazione: autonomie, organizzazione e diseguaglianze*, *cit*., págs. 53-54.

además de incluían estándares de calidad[24], elementos de coste[25] e incluso contenidos mínimos[26], aunque con la cautela de mantener un espacio de intervención regional. El Decreto del Presidente del Consejo de Ministros (DPCM) del 12 de enero de 2017 es el resultado de esta orientación consolidada que hace de los niveles esenciales un factor baricéntrico del sistema global. Sin embargo, esto no ha contribuido lo suficiente a neutralizar una noción de servicio público alineada sobre todo con las garantías de rendimiento[27]. Así lo confirma la limitación que el propio Tribunal Constitucional ha reconocido a las regiones sujetas al Plan de Devolución, que no pueden determinar más niveles esenciales que los fijados por el Estado, aunque se financien de forma independiente[28]. Este caso muestra claramente que la función de reequilibrar las diferencias en los niveles esenciales no ha logrado reintroducir una noción amplia del servicio público.

El segundo punto débil de los niveles esenciales de atención es el irreprimible margen de discrecionalidad en su aplicación, por diversas razones[29], entre los que destaca el importante asunto de la idoneidad. Los avances en la tecnología médica, pero también la incertidumbre científica sobre el origen de ciertas enfermedades, hacen que sea objetivamente difícil conseguir la misma forma de atender a los pacientes en todo el territorio. Como consecuencia, aunque exista la obligación de atender una misma demanda sanitaria en función de los niveles esenciales, puede haber respuestas diferentes en el conjunto del territorio. Prueba de ello es el caso de los enfermos de Alzheimer, por ejemplo, que ha dado lugar a diferentes orientaciones sobre la viabilidad de la asistencia domiciliaria en lugar de la residencial, dado que en los círculos científicos se discute si el Alzheimer debe considerarse un estado de enfermedad o una degeneración social de la vejez[30]. Por lo tanto, no parece que los niveles esenciales sean realmente capaces de garantizar la igualdad de servicios dentro del territorio para una misma demanda sanitaria.

La cuestión de los niveles esenciales también ha tenido el efecto de minimizar la atención prestada por el centro a los territorios[31]. Al hacer un gran hincapié en la función del restablecimiento

[24] Véanse las sentencias del Tribunal Constitucional núm. 134 de 2006 y núm. 80 de 2007, recogidas en muchas otras sentencias posteriores.

[25] Véanse, por ejemplo, las sentencias del Tribunal núm. 203 de 2008 y núm. 187 de 2012.

[26] Véase, por ejemplo, la sentencia núm. 192 de 2017 del Tribunal Constitucional, que atribuye a la determinación de los niveles esenciales la capacidad para definir los volúmenes cuantitativos y los criterios cualitativos de los servicios, a los que corresponde también la organización de un sistema de seguimiento y comprobación que pueda traducirse también en nuevas intervenciones en caso de que las estructuras se desvíen de estos parámetros.

[27] Cfr. V. Molaschi, *Programmazione e organizzazione dell'equità in sanità*, *cit*., págs. 42-45, que señala que, por ejemplo, los costes se incluyen en los niveles esenciales de forma muy relativa, ya que las tarifas de los servicios individuales no están asociadas a ellos.

[28] Esto se pone en evidencia de forma crítica y con claridad en C. Buzzacchi, *Chi garantisce i LEA nelle Regioni commissariate?*, in *Le regioni*, 2019, págs. 320-322.

[29] Cfr. sobre esta cuestión R. Nania, *Il diritto alla salute tra attuazione e sostenibilità*, in M. Sesta (Ed.), *L'erogazione della prestazione medica tra diritto alla salute, principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitarie*, Rimini, Maggioli, 2014, págs. 39-40; M.G. Roversi Monaco, *I livelli essenziali delle prestazioni nel settore dell'assistenza e dei servizi sociali: la prospettiva*, in M. Sesta (Ed.), *L'erogazione della prestazione medica tra diritto alla salute, principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitarie*, Rimini, Maggioli, 2014, pág. 601; M. Cosulich, G. Grasso, *Le prestazioni sanitarie*, in R. Balduzzi, G. Carpani (Ed.), *Manuale di diritto sanitario*, Bolonia, Il Mulino, 2013, pág. 349; C. Panzera, *I livelli essenziali secondo i giudici comuni*, in *Giur. cost.*, 2011, pág. 3373; C. Tubertini, *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali*, Bolonia, BUP, 2008, págs. 309-314; G. Cocco, *I livelli essenziali delle prestazioni*, in *Studi in onore di Gianni Ferrara*, Turín, Giappichelli, 2005, II, págs. 53-55.

[30] Un caso especialmente emblemático es el que enfrentó a la Región de Piamonte con una asociación de protección de enfermos de Alzheimer, que dio lugar a un litigio en el que el juez de primera instancia y el de apelación adoptaron posturas opuestas: véase sentencia núm. 199 del Tribunal Administrativo Regional (TAR) de Piamonte, del 31 de enero de 2014 y la Resolución núm. 604, del Consejo de Estado, Sección III, del 6 de febrero de 2015. Sobre este punto permítanme referirme a F. Giglioni, *La riduzione dei livelli essenziali di assistenza secondo appropriatezza da parte delle regioni*, in *Gior. dir. amm.*, 2015, pág. 529 y ss.

[31] Cfr. G. Carpani, *Le garanzie per l'effettività dei LEA: quale ruolo per l'Esecutivo e l'amministrazione statale*, in C. Bottari (Ed.), *I livelli essenziali delle prestazioni sociali e sanitarie*, Rimini, Maggioli, 2014, págs. 103 y ss.; E.

del equilibrio y la igualdad que debían garantizar los niveles esenciales, la administración estatal ha concentrado sus esfuerzos principalmente en este punto, descuidando el uso de otros resortes que permiten influir en las políticas sanitarias llevadas a cabo por las regiones. Por ejemplo, aunque los niveles esenciales incluyen también servicios de prevención, tanto básicos como de integración sociosanitaria, sólo recientemente se han empezado a aplicar referencias homogéneas para las regiones e indicadores que permiten medir los resultados obtenidos[32]. Precisamente sobre estos ámbitos de protección, objetivamente más débiles por estar menos sujetos a la normalización[33], se plantea la vieja cuestión de la compatibilidad financiera, que siempre acompaña a los niveles esenciales[34]. También en este aspecto, las importantes afirmaciones jurisprudenciales del Tribunal Constitucional, autorizadamente reafirmadas recientemente, sobre un núcleo incompresible del derecho a la salud sustraído a los condicionamientos financieros, no resuelven todos los problemas, que son sobre todo de carácter organizativo[35].

En conclusión, por lo tanto, puede decirse que el establecimiento de los niveles esenciales, señalado como la función decisiva exclusiva que permite garantizar el equilibrio de la diferenciación organizativa, logra, por razones que pueden definirse como estructurales, sólo en parte garantizar este resultado[36].

5. LAS HIPOCRESÍAS DESVELADAS A RAÍZ DE LA EXPERIENCIA PANDÉMICA

La evolución desequilibrada que supuso la combinación de la organización sanitaria regional y la eficiencia de la organización, totalmente centrada en la prestación de una atención especializada, con el abandono de la atención territorial, mostró toda su inadecuación durante la pandemia de Sars-Cov-2. La lucha contra la propagación de la pandemia requiere un sistema organizativo que sea capaz de gestionar el territorio en lugar de tratar a los enfermos, y las políticas de los últimos treinta años han seguido una tendencia diferente, como se ha demostrado hasta ahora. La consecuencia ha sido que regiones normalmente consideradas entre las mejores hasta el momento en cuanto a la organización de la atención especializada, han sufrido enormemente durante la pandemia, debido a la dificultad de gestionar un nuevo problema sanitario que tenía características completamente diferentes.

Ferioli, *Sui livelli essenziali delle prestazioni: la fragilità di una clausola destinata a contemperare autonomia e uguaglianza*, *cit*., pág. 564 y ss.

[32] La labor de seguimiento y medición más avanzada en este punto es la que lleva a cabo el *Istituto Superiore di Sanità*, a través del sistema de vigilancia Passi, acrónimo de Progresos de las Autoridades Sanitarias para la Salud en Italia, que se centra en una serie de indicadores clave relacionados con el estado de salud de la población de los que depende la calidad de vida. Para consultar estos datos, véase la sección *Epicentro* del Instituto Superior de Sanidad. De forma más general, la debilidad de estos aspectos en el sistema sanitario se aborda en V. Molaschi, *Programmazione e organizzazione dell'equità in sanità. L'organizzazione come «veicolo» di eguaglianza*, *cit*., págs. 39-40. A nivel de la OCDE, Suiza, Eslovenia, los Países Bajos y Grecia también se encuentran en esta situación, mientras que sólo Luxemburgo e Irlanda no disponen aún de instrumentos de medición, ni siquiera en fase embrionaria. Sin embargo, todos los demás países han elaborado datos de referencia: véase el informe de la OCDE, *Realising the Potential of Primary Health Care*.

[33] Cfr. F. Pammolli, F. Porcelli, F. Vidoli, M. Autori, G. Bora, *La sanità delle regioni*, Bolonia, Il Mulino, 2020, pág. 81, que revelan que la adecuación de la oferta y la demanda de servicios sanitarios depende de factores adicionales que a menudo se pasan por alto, como la calidad de los servicios, las diferentes formas de acceder a los mismos, los niveles de riqueza privada, los estilos de vida, los factores genéticos y las variables ambientales.

[34] Cfr. C. Tubertini, *Diritto alla salute, organizzazione e risorse finanziarie. Lo stato attuale della discussione*, in AA.VV., *Diritto amministrativo e società civile*, Bolonia, BUP, 2018, I, pág. 548, que señala el interesante hecho de que el 95% de los recursos públicos cubren el gasto hospitalario, pero el porcentaje es de un tercio o aún menor para otras áreas del gasto sanitario.

[35] Nos referimos, por supuesto, a las conocidas sentencias del Tribunal Constitucional núms. 304 de 1994, 267 de 1998, 309 de 1999, 252 de 2001, 203 de 2016, 103 de 2018 y 62 de 2020.

[36] Prueba de ello es un documento publicado por el propio Ministerio de Sanidad en 2014, que tiene por título: *Analisi spazio-temporale degli indicatori della Griglia LEA relativa all'adempimento sul «mantenimento dell'erogazione dei LEA*. (Análisis espacio-temporal de los indicadores de la Red LEA relacionados con el cumplimiento sobre el "mantenimiento de la dotación de niveles esenciales de asistencia (LEA)".)

Lo más interesante, sin embargo, fue observar un cambio brusco en los planteamientos seguidos hasta ahora. La organización sanitaria territorial, que hasta entonces se consideraba un ámbito de exclusiva relevancia regional, a pesar de las advertencias del Tribunal Constitucional, pasó a formar parte de la definición de las normas nacionales y el Estado empezó a ocuparse también, cada vez más, de esta cuestión material.

Por ejemplo, se destaca la disposición contenida en el artículo 1, epígrafe 1, del Decreto Legislativo núm. 34, del año 2020, que obliga a todas las regiones y provincias autónomas a adoptar planes territoriales de atención para la organización de la coordinación entre los organismos territoriales, de forma que los departamentos de prevención estén en contacto con los médicos de cabecera y con las unidades especiales de continuidad asistencial para el seguimiento, la vigilancia, la asistencia y la constatación diagnóstica de los positivos o posibles positivos que no requieran hospitalización. La activación de la herramienta de planificación general de la atención territorial, que va más allá de las referidas solamente a categorías específicas, constituye un primer paso significativo en la gobernanza de este ámbito de atención, que no debe quedar limitado a la gestión de la emergencia del Covid19[37]. Lo importante es el contenido de estos planes, que establecen esos vínculos entre los departamentos de prevención y los médicos de cabecera que, como ya se ha dicho, han estado hasta ahora separados y fragmentados.

También es coherente con este planteamiento la creación de centros operativos regionales para la coordinación de las actividades sanitarias y sociomédicas, que deberán funcionar de manera conjunta con todos los servicios, incluidos aquellos que intervienen en las emergencias, para aumentar la integración entre los distintos tipos de intervención. Para ello, los centros deberán utilizar también las herramientas de información y telemedicina, simplificando así las herramientas de coordinación y los pasos de información necesarios.

La escasa coordinación territorial de las estructuras dedicadas a la prevención ha llevado al legislador nacional a prever la creación de unidades especiales de continuidad asistencial, estableciendo además una norma nacional en la que se prevea la creación de una unidad por cada cincuenta mil habitantes. De hecho, esto constituye una importante limitación de la autonomía regional, que se remonta a los principios generales de organización de la asistencia territorial, lo que demuestra claramente la posibilidad de que el Estado afecta a este importante componente de la protección sanitaria. Las unidades especiales de continuidad asistencial desempeñan un papel fundamental en el tratamiento domiciliario de los presuntos positivos o de los positivos asintomáticos, por lo que representan un elemento importante para reforzar el servicio domiciliario. La composición actual, que incluye no sólo a los médicos generalistas, sino también a los médicos que asisten a cursos de medicina general y a los licenciados en medicina habilitados o inscritos en el Colegio de Médicos, pone de manifiesto el carácter temporal de estas medidas[38], que, no obstante, pueden ser confirmadas

[37] Destaca este aspecto como uno de los más importantes de las nuevas medidas de reorganización territorial - A. Pioggia, *Il decreto "Rilancio". Sanità e sicurezza*, *cit*., pág. 561.

[38] A este respecto, es interesante dar cuenta de la polémica que suscitó la impugnación de la medida por la que la Región del Lacio creó, junto a las unidades especiales de continuidad asistencial, otros organismos complementarios territoriales que cuentan con todos los centros de prevención, también en función de la atención domiciliaria por parte de los médicos de cabecera. En su sentencia de primera instancia núm. 11991, el Tribunal Administrativo Regional (TAR) del Lacio, Roma, con fecha del 16 de noviembre de 2020, juzgó ilegítima la disposición porque contradecía la institución de las unidades especiales de continuidad asistencial, cuya creación servía también para no interrumpir o dificultar la actividad ordinaria de los médicos de cabecera durante la pandemia. Hay que enfatizar que esto se refiere específicamente a una situación contingente, pero al mismo tiempo esboza un papel muy limitado para el médico de cabecera. Sin embargo, en la sentencia de apelación, el juez del Tribunal Administrativo adopta un enfoque completamente diferente. En virtud de la sentencia adoptada por el Consejo de Estado núm. 8166, Sección III, con fecha del 18 de diciembre de 2020, se subraya que la medida de emergencia adoptada para crear las unidades especiales de continuidad asistencial no debe llevar a una conclusión que incluso prohíba a los médicos de cabecera prestar servicios a domicilio, porque esto contradice una función típica del médico de cabecera, que es aún más importante durante un período crítica como es el de una pandemia.

por las regiones. Además, la integración posterior, que tuvo lugar con el artículo 1, epígrafe 7-*bis*, del Decreto Legislativo núm. 34 del año 2020, que incluyen en estas unidades especiales también otras especialidades, como es el caso de los psicólogos, hasta un máximo de dos por un máximo de 24 horas semanales de servicio, va en la dirección de desarrollar la integración entre diferentes profesiones para hacerse cargo de las personas contagiadas.

Otra disposición que avanza en la línea de lo destacado hasta ahora es la relativa a la institución de la nueva figura de la enfermera de familia o comunitaria, que algunas regiones ya habían anticipado. También en este caso el Estado marca una pauta organizativa sin precedentes en la asistencia territorial, estableciendo la creación de un equipo de ocho enfermeras por cada 50.000 habitantes, también con contratos de colaboración coordinados y continuados. Por el momento, la tarea principal es reforzar las unidades especiales de continuidad asistencial, aunque en el artículo 1, epígrafe 5, del Decreto Legislativo núm. 34 del año 2020, se establece que la actividad de apoyo debe garantizarse con respecto a los servicios de atención primaria, por lo que cuenta con un espectro de tareas mucho más amplio que la mera gestión de emergencias. De hecho, las regiones también pueden contratar a estas personas con contratos indefinidos a partir de 2021, lo que permite considerar esta medida organizativa como llamada a mantenerse[39].

La Ley de Salud Pandémica también incluye disposiciones relativas a la experimentación de nuevas formas de participación inclusiva de las organizaciones cívicas, con especial referencia a las organizaciones locales de voluntariado y a las entidades del sector terciario para el bienio 2020/2021. En particular, el Ministerio de Sanidad, tras el acuerdo alcanzado en la Conferencia del Estado y las Regiones, pasará a coordinar la experimentación de la participación ciudadana en las estructuras de proximidad "para la promoción de la salud y la prevención, así como para la atención y la rehabilitación de las personas más frágiles" con el pleno cumplimiento del principio de integración sociosanitaria[40]. La disposición sugiere que la coordinación se referirá a la ejecución de proyectos establecidos dentro del territorio, al término de los cuales, al final del periodo de experimentación de dos años, se determinarían las medidas consiguientes, que podrían adoptar la forma de documentos de información compartida o incluso de directrices. Por consiguiente, es interesante, que se haya iniciado un nuevo proceso de intervención del Estado también en lo que se refiere a la relación con las organizaciones sociales para superar el modelo institucional de asistencia. En este sentido, también se prevén importantes innovaciones, como la introducción del *presupuesto*individual y comunitario, que ofrece a los beneficiarios un espacio autónomo de autodeterminación en el uso de los recursos más vinculados a las necesidades reales de las personas. Todo ello debería favorecer la atención domiciliaria y una mayor responsabilidad de la comunidad en las necesidades de los ciudadanos, avanzando en una nueva dirección de la asistencia.

Se deduce, por lo tanto, que durante la pandemia, una serie de indicaciones organizativas para la asistencia sanitaria vinieron directamente del Estado, con la aceptación de la autonomía regional para hacer frente a una emergencia para la cual el Sistema Nacional de Salud no estaba en absoluto preparado, por razones de políticas públicas orientadas a diferentes objetivos.

6. LOS NUEVOS ESCENARIOS POSTERIORES A LA PANDEMIA

Ahora queda por saber si los últimos acontecimientos tendrán consecuencias duraderas o si los equilibrios establecidos durante la pandemia están destinados a quedar disueltos una vez que se supere la emergencia. El Plan Nacional de Recuperación y Resiliencia que el Gobierno italiano ha presentado para acceder a la financiación del llamado *recovery fund* (Plan Nacional de Recuperación y Resiliencia (PNRR), en el que se esboza una serie de políticas que parecen invertir de forma novedosa en la asistencia básica del territorio y en la digitalización. Esto parece indicar que el cambio de rumbo

[39] Cfr. A. Pioggia, *Il decreto "Rilancio". Sanità e sicurezza*, *cit*., pág. 563.

[40] Así lo establece el artículo 1, párrafo 4-bis, del Decreto-Ley núm. 34 del año 2020.

está destinado a asentarse, aunque, desde el punto de vista de las previsiones financieras, parece que los perfiles que más interés despiertan son el desarrollo de la digitalización, que podría confundir la modernización tecnológica con la modernización de las políticas públicas de asistencia territorial. Todavía es demasiado pronto para comprender las tendencias de las políticas de salud pública tras la financiación europea extraordinaria

Sin embargo, lo que la pandemia debería habernos enseñado es que los problemas de la sostenibilidad de los servicios o la eficiencia de su organización no pueden vivirse como variables independientes, sin la adecuada consideración de otros aspectos igualmente importantes e imprescindibles para la construcción de un sentido amplio del servicio público, que caracteriza al propio sistema sanitario. Por otra parte, la exigencia de una intervención más amplia del Estado tampoco significa que sea conveniente volver a un sistema basado en la uniformidad, dado que las desigualdades territoriales nunca han estado ausentes, ni siquiera cuando existía un acuerdo diferente. Sin embargo, también en este caso se trata de creer que gestionar las diferencias no significa simplemente arbitrarlas, estableciendo una clasificación entre los virtuosos y los viciosos, esperando así que los más débiles se pongan al día tarde o temprano[41]. Por el contrario, es necesario comparar los potenciales y las dificultades, corregir las distorsiones, describir las vías de adaptación previstas en el tiempo, acostumbrar a las administraciones territoriales a la planificación y tener en cuenta otras experiencias, además de indicar las prioridades organizativas[42]. Basarse únicamente en el establecimiento de unos niveles esenciales es insuficiente: al establecerse unos principios generales para la protección de la salud, es posible subsanar las deficiencia existentes sobre el terreno, que hacen que las desigualdades sean aún más graves. La organización no es una variable independiente de la protección de la salud[43], sino que es el principio de su consideración efectiva, por lo que el Estado podría y debería desempeñar un papel que hasta ahora no ha tenido[44]. Además, hay sentencias del Tribunal Constitucional que han destacado claramente este vínculo[45].

En 2020, el legislador estatal, impulsado por una emergencia que no admitía más retrasos, activó palancas que un año antes parecían impensables, afectando directamente a los centros sanitarios locales, fijando normas de organización, previendo acciones de coordinación, la contratación de nuevas figuras profesionales e incluso previendo nuevos experimentos. Las prioridades de la sanidad

[41] Sin embargo, también hay quienes señalan que en realidad el Estado ha limitado demasiado la capacidad de diferenciación regional; véase F. Saitta, *Autonomie territoriali e governo della sanità*, *cit*., págs. 806-807; D. Morana, *La tutela della salute fra competenze statali e regionali: indirizzi della giurisprudenza costituzionale nuovi sviluppi normativi*, in *Oss. cost.*, 2018, pág. 7; E. Menichetti, *L'aziendalizzazione dell'organizzazione del Servizio sanitario nazionale: l'azienda USL nelle attuazioni regionali*, in A. Pioggia, M. Sugato, G. Racca, S. Civitarese Matteucci (Eds.), *Oltre l'aziendalizzazione del servizio sanitario. Un primo bilancio*, Milán, Franco Angeli, 2008, págs. 27-31.

[42] Cfr. F. Laus, *La differenziazione regionale in sanità: le prestazioni*, in *Gior. dir. amm.*, 2019, pág. 291.

[43] También lo destaca de forma convincente C. Tubertini, *Diritto alla salute, organizzazione e risorse finanziarie. Lo stato attuale della discussione*, *cit*., págs. 548-549.

[44] Cfr. R. Balduzzi, D. Servetti, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, cit., 8; G. Rossi, *Introduzione al diritto amministrativo*, Turín, Giappichelli, 2000, pág. 61.

[45] Cfr. las sentencias del Tribunal Constitucional núms. 270 del año 2005, la 371 de 2008, la 124 de 2015, la 54 del año 2015, la 251 de 2016, la 231 de 2017 y la 159 de 2018. Sobre este asunto consúltese también V. Molaschi, *La rilevanza dell'organizzazione dei servizi pubblici sull'effettività dei diritti sociali*, in M. Renna, C. Micciché, P. Pantalone (Eds.), *La partecipazione dei cittadini all'organizzazione dei servizi sociali. Il caso della metropoli milanese*, Nápoles, Editoriale Scientifica, 2020, pág. 27 y ss.; A. Pioggia, *La differenziazione regionale in sanità: l'organizzazione*, in *Gior. dir. amm.*, 2019, pág. 293; C. Pinelli, *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, in *Corti supreme e salute*, 2018, 3, págs. 659 y ss. Por otra parte, se ha señalado con acierto que la importancia de la organización es un aspecto decisivo para los derechos también porque el control de las opciones de macroorganización apenas puede practicarse: Cfr. C.M. Flood, A. Gros (Eds.), *The Right to Health at the Public/Private Divide*, Nueva York, Cambridge University Press, 2014, págs. 455-464; C. Tubertini, *Le garanzie di effettività dei LEA al tempo della crisi*, in C. Bottari, F. Foglietta, L. Vandelli (Eds.), *Welfare e servizio sanitario: quali strategie per superare la crisi*, Rimini, Maggioli, 2013, pág. 127 y ss.; R. Ferrara, *L'ordinamento della sanità*, Turín, Giappichelli, 2007, pág. 240.

pública han cambiado por completo y, con ello, el nivel de gasto ha aumentado de forma considerable. Con el tiempo se podrá evaluar en qué medida estas medidas están relacionadas únicamente con factores contingentes. Algunas de estas medidas están, sin duda, marcadas por la temporalidad, pero hay muchos otros indicios que apuntan a que algunas de ellas están destinadas a permanecer y a consolidarse, lo que podría ser el principio de un nuevo inicio. No se trata de contradecir los presupuestos regionalistas, sino de asociar el regionalismo con diferentes prioridades de salud pública, que no se limitan únicamente a la eficiencia y al control del gasto

BIBLIOGRAFÍA

Aicardi, N., *La sanità*, in S. Cassese (Eds.), Trattato di diritto amministrativo, Milán, Giuffré, 2033

Balboni, E., *Livelli essenziali: il nuovo nome dell'eguaglianza? Evoluzione dei diritti sociali, sussidiarietà e società del benessere*, in E. Balboni, B. Baroni, A. Mattioni, G. Pastori (Eds.), Il sistema integrato dei servizi sociali. Commento alla legge n. 328 del 2000 e i provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione, Milán, Giuffré, 2007.

Balduzzi, R., *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale*, Bolonia, Il Mulino, 2009.

Balduzzi, R., Servetti, D., *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in Rivista AIC, 2019, 2.

Belletti, M., "Livelli essenziali delle prestazioni" e "coordinamento della finanza pubblica", in C. Bottari, *I livelli essenziali delle prestazioni sociali e sanitarie*, Rimini, Maggioli, 2014.

Buzzacchi, C., *Chi garantisce i LEA nelle Regioni commissariate?,* in Le regioni, 2019.

Carpai, G., Morana, D., *Le competenze legislative in materia di «tutela della salute»*, in R. Balduzzi, G. Carpai (Eds.), Manuale di diritto sanitario, Bolonia, Il Mulino, 2013.

Carpani, G., *Le garanzie per l'effettività dei LEA: quale ruolo per l'Esecutivo e l'amministrazione statale*, in C. Bottari (Ed.), I livelli essenziali delle prestazioni sociali e sanitarie, Rimini, Maggioli, 2014.

Cocco, G., *I livelli essenziali delle prestazioni,* in Studi in onore di Gianni Ferrara, Turín, Giappichelli, 2005, II.

Cosulich, M., Grasso, G., *Le prestazioni sanitarie*, in R. Balduzzi, G. Carpani (Ed.), Manuale di diritto sanitario, Bolonia, Il Mulino, 2013

D'Angelosante, M., *Strumenti di controllo della spesa e concorrenza nell'organizzazione del servizio sanitario in Italia*, Rimini, Maggioli, 2012.

D'Angelosante, M., Tubertini, C., *Cittadinanza amministrativa, salute e sanità*, in A. Pioggia, A. Bartolini, Cittadinanze amministrative, in D. Sorace, L. Ferrara (Ed.), A 150 anni dall'unificazione italiana, Florencia, VIII, 2017.

Falcon, G., *Unità sanitaria locale*, in M.S. Giannini, G. De Cesare, Dizionario di diritto sanitario, Milán, Giuffré, 1984.

Favaretto, A. R., *Diritti, culture della salute e partecipazione*, in R. Balduzzi (Ed.), Trent'anni di Servizio sanitario nazionale, Bolonia, Il Mulino, 2009.

Ferioli, F., *Sui livelli essenziali delle prestazioni: la fragilità di una clausola destinata a contemperare autonomia e uguaglianza*, in Le Regioni, 2006.

Ferrara, R., *L'ordinamento della sanità*, Turín, Giappichelli, 2007.

Flood, C.M., Gros, A. (Eds.), *The Right to Health at the Public/Private Divide*, Nueva York, Cambridge University Press, 2014

Giannelli, N., *Disuguaglianze territoriali nel sistema sanitario italiano*, in Riv. pol. soc., 2019, 3.

Giannico, L., *Amministrazione sanitaria. Storia*, in M.S. Giannini, G. de Cesare, Dizionario di diritto sanitario, Milán, Giuffré, 1984

Giglioni, F., *Manuale di diritto sanitario*, Molfetta, Neldiritto, 2020.

— *L'organizzazione territoriale per il presidio del diritto alla salute*, in Costituzionalismo, 2020.

— *La riduzione dei livelli essenziali di assistenza secondo appropriatezza da parte delle regioni*, in Gior. dir. amm., 2015.

Laus, F., *La differenziazione regionale in sanità: le prestazioni*, in Gior. dir. amm., 2019

Lucchini, M., Sarti, S., Tognetti Bordogna, M., *I welfare regionali e le differenze territoriali nelle disuguaglianze di salute*, in A. Brandolini, C. Saraceno, A. Schizzerotto (Eds.), Dimensioni della disuguaglianza in Italia: povertà, salute, abitazione, Bolonia, Il Mulino, 2009.

Menichetti, E., *L'aziendalizzazione dell'organizzazione del Servizio sanitario nazionale: l'azienda USL nelle attuazioni regionali*, in A. Pioggia, M. Sugato, G. Racca, S. Civitarese Matteucci (Eds.), Oltre l'aziendalizzazione del servizio sanitario. Un primo bilancio, Milán, Franco Angeli, 2008.

Molaschi, V., *Programmazione e organizzazione dell'equità in sanità. L'organizzazione come «veicolo» di eguaglianza*, in Riv. BioDiritto, 2019, 2.

— *La rilevanza dell'organizzazione dei servizi pubblici sull'effettività dei diritti sociali*, in M. Renna, C. Micciché, P. Pantalone (Eds.), La partecipazione dei cittadini all'organizzazione dei servizi sociali. Il caso della metropoli milanese, Nápoles, Editoriale Scientifica, 2020

Morana, D., *La salute nella Costituzione italiana. Profili sistematici*, Milán, Giuffré, 2002.

— *La tutela della salute fra competenze statali e regionali: indirizzi della giurisprudenza costituzionale nuovi sviluppi normativi*, in Oss. cost., 2018

Nania, R., *Il diritto alla salute tra attuazione e sostenibilità, in M. Sesta (Ed.), L'erogazione della prestazione medica tra diritto alla salute, principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitarie*, Rimini, Maggioli, 2014

OCDE, *Realising the Potential of Primary Health Care*.

Pammolli, F., Porcelli, F., Vidoli, F., Autori, M., Bora, G., *La sanità delle regioni*, Bolonia, Il Mulino, 2020.

Panzera, C., *I livelli essenziali secondo i giudici comuni*, in Giur. cost., 2011

Pinelli, C., *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, in Corti supreme e salute, 2018, 3

Pioggia, A., *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Turín, Giappichelli, 2020.

— *Il decreto "Rilancio". Sanità e sicurezza*, in Gior. dir. amm., 2020.

— *Il diritto alla salute alla prova della differenziazione: autonomie, organizzazione e diseguaglianze*, cit.

— *La differenziazione regionale in sanità: l'organizzazione*, in Gior. dir. amm., 2019.

Rossi, G., Introduzione al diritto amministrativo, Turín, Giappichelli, 2000.

Roversi Monaco, M.G., *I livelli essenziali delle prestazioni nel settore dell'assistenza e dei servizi sociali: la prospettiva*, in M. Sesta (Ed.), L'erogazione della prestazione medica tra diritto alla salute, principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitarie, Rimini, Maggioli, 2014

Saitta, F., *Autonomie territoriali e governo della sanità*, in Ist. fed., 2018.

Tubertini, C., *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali*, Bolonia, BUP, 2008

— *Diritto alla salute, organizzazione e risorse finanziarie. Lo stato attuale della discussione*, in AA.VV., Diritto amministrativo e società civile, Bolonia, BUP, 2018, I.

— *Le garanzie di effettività dei LEA al tempo della crisi*, in C. Bottari, F. Foglietta, L. Vandelli (Eds.), Welfare e servizio sanitario: quali strategie per superare la crisi, Rimini, Maggioli, 2013.

nº Extraordinario 4
ISSN: 2386-7191 – ISSNe: 2387-0370

Las relaciones laborales en el sistema sanitario italiano: flexibilidad, poderes de gestión y desafíos pandémicos[1] [2]

Industrial relations in the italian healthcare system: flexibilit , management powers and pandemic challenges

Marco Esposito *Catredrático de Derecho Laboral en la Universidad Parthenope, Nápoles*

Umberto Gargiulo *Catredrático de Derecho Laboral en la Universidad Magna Græcia, Catanzaro*

Emilia D'Avino *Investigadora en Derecho Laboral en la Universidad Parthenope, Nápoles*

Maria Giovanna Elmo *Doctora de Investigación en Derecho e Instituciones Económicas y Sociales*

Resumen

Se analizan en este estudio los aspectos problemáticos del Servicio Nacional de Salud: la reducción progresiva del gasto público en sanidad y el creciente protagonismo del mismo a cargo de los ciudadanos; la reducción del personal fijo y el creciente uso de contratos de duración determinada o de consultorías; la reducción del número de centros hospitalarios y de asistencia local; la ralentización de las inversiones. En Italia, la reorganización del servicio sanitario y la contractualización del empleo público tienen una matriz común, que remiten a la ley habilitante de la República Italiana del 23 de octubre de 1992 núm. 421. El SSN está dividido en Servicios Sanitarios Regionales (SSR) y está obligado a garantizar los Niveles Esenciales de Atención (LEA). El fortalecimiento de los servicios de atención domiciliaria a través de la telemedicina es un objetivo clave para el Servicio Nacional de Salud, dirigida a los pacientes mayores de 65 años y/o con patologías crónicas. Se estudian detenidamente los vínculos existentes entre la organización de los servicios sanitarios y la normativa laboral, profundizando en la cuestión de los contratos flexibles, que son la "primera" forma de acceder al mercado laboral sanitario, en particular a través de los contratos de trabajo de duración determinada y a los contratos de "somministrazione." Finalmente, se estudian los procesos de estabilización puestos en marcha por el legislador y los riesgos de exclusión de determinadas categorías de trabajadores temporales. La legislación debe definir principios y criterios más precisos, con el fin de garantizar una "gestión óptima de la organización del personal" mediante formas racionales de flexibilidad, al tiempo que se garantiza la consolidación de la profesionalidad ya establecida.

Palabras Clave

sanidad; gestión de personal; contractualización; flexibilidad trabajo temporal; estabilización; telemedicina

Abstract

This study analyzes the problematic aspects of the National Health Service: The progressive reduction of public health spending and the increasing role of public health spending by citizens; the reduction of permanent staff and the increasing use of fixed-ter contracts or consultancies; the reduction in the number of hospitals and local care facilities; the slowdown in investment. In Italy, the reorganization of the health service and the counterupdate of public employment have a common matrix, which refer to the Italian Enabling Act of 23 October 1992 No. 421. The SSN is divided into Regional Health Services (SSR) and is required to ensure Essential Levels of Care (LEA). The strengthening of home care services through telemedicine is a key objective for the National Health Service, aimed at patients over 65 years of age and/or with chronic diseases. The links between the organization of health services and labor regulations are carefully studied, with the issue of flexibl contracts, which are the "first" way of accessing the health labor market, in particular through fixed-term employment contracts and "somministrazione" contracts. Finally, the stabilization processes put in place by the legislator and the risks of exclusion of certain categories of temporary workers are studied. Legislation should define more precise principles and criteria, in order to ensure "optimal management of staff organization" through rational forms of flexibilit , while ensuring the consolidation of established professionalism.

Keywords

health; personnel management; contracting; flexibility; temporary work; stabilization; telemedicine

[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

[2] *La contribución es el resultado de una reflexión compartida por todos los autores. Sin embargo, en esencia, los §§ 1 y 2 son atribuibles a M. Esposito y M. G. Elmo; U. Gargiulo es responsable de los §§ 11 y 12; E. D'Avino de los §§ 4 (junto con M. Esposito), 5, 6, 7, 8, 10; M. G. Elmo de los apartados 3 y 9. Las conclusiones son atribuibles a todos los autores.*

1. LOS PUNTOS CRÍTICOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ANTES DE LA EMERGENCIA PANDÉMICA

Como es sabido, la emergencia sanitaria de Covid-19 ha tensionado los sistemas sanitarios nacionales de todo el mundo[3]. En Italia, la pandemia ha puesto de manifiesto los aspectos problemáticos del Servicio Nacional de Salud (en adelante, el SSN), en gran medida, sin embargo, atribuibles a algunas decisiones políticas tomadas durante los últimos años.

La reducción progresiva del gasto público en sanidad y el creciente protagonismo del mismo a cargo de los ciudadanos; la reducción del personal fijo y el creciente uso de contratos de duración determinada o de consultorías; la reducción del número de centros hospitalarios y de asistencia local; la ralentización de las inversiones. Lo que surge es un cuadro muy complejo que no se presta a interpretaciones que puedan simplificarse demasiado. Para no extendernos en exceso, podríamos resumir que los principales problemas críticos son: a) la persistencia de las restricciones de gasto durante un largo período de tiempo; b) la falta, especialmente en algunas áreas, de personal especializado; c) la calidad -o más bien, la inaceptable diversidad- de los servicios ofrecidos en las distintas zonas del país; d) la "huida" del sistema público[4].

Al mismo tiempo, ya se ha afirmado que con la pandemia, el Servicio italiano de Salud, que durante años se ha subestimado a menudo, ha aparecido como un paraguas protector al que nadie piensa renunciar. Por el momento, la salud pública es algo fundamental para todos, aunque deba mejorarse. No podemos negar que nuestro sistema sanitario ha hecho posible que no estemos totalmente desprevenidos ante una emergencia tan grave[5].

Sin embargo, es necesario realizar un análisis crítico de lo que ocurre en el sector sanitario. En primer lugar, en términos generales, cabe señalar algunos problemas estructurales endémicos de nuestro sistema sanitario, que se han visto radicalmente agravados por los acontecimientos de los dos últimos años que lo han puesto a prueba. Las áreas críticas son numerosas y no sólo se refieren al derecho laboral, en donde, a pesar de todo la cuestión de la insuficiencia de personal en el sector sanitario - a la que volveremos más adelante - sigue siendo crucial[6].

---

[3] A este respecto, véase la investigación del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud: Sagan, Webb, Azzopardi-Muscat, De La Mata, McKee, Figueras (Ed. por), *Health systems resilience during COVID-19: Lessons for building back better*, Organización Mundial de la Salud, 2021.

[4] En los últimos años, los hospitales están asistiendo a un fenómeno nunca antes visto: un número cada vez mayor de médicos de hospital deciden presentar su dimisión y buscar soluciones laborales alternativas. En 2019, uno de cada 16 médicos trató de huir del trabajo hospitalario para irse al sector privado o al extranjero (véase el estudio de Fiaso). De hecho, las limitaciones impuestas a la contratación en el ámbito de la sanidad, aunque obligadas debido al grave desequilibrio de las cuentas públicas del sector, han aumentado las dificultades para encontrar una salida estable al final de la especialización y un tratamiento económico adecuado. Esta es la razón por la que un importante número de personas ha huido del país: según datos de la OCDE, más de 9.000 médicos formados en Italia se han ido a trabajar al extranjero durante los últimos ocho años. El Reino Unido, Alemania, Suiza y Francia son los mercados que, con mayor frecuencia han aportado una solución a la necesidad legítima de empleo y de una remuneración adecuada, cuando no la satisface el sector privado nacional. Se trata de una condición que, aunque favorece la calidad del sistema nacional de formación, corre el peligro de hacer ineficaces las medidas adoptadas para aumentar las especializaciones, si no van acompañadas de un sistema de incentivos que puedan contrarrestar eficazmente las distorsiones señaladas.

[5] Dirindin, *La sanità italiana tra crisi ed eccellenza*, in *Il Mulino*, 3, 2020. Según la autora, basta con pensar en la situación de Estados Unidos, en donde 27,5 millones de personas (véase Berchick, Barnett, Upton, Current Population Reports, P60-267(RV), *Health Insurance Coverage in the United States: 2018*, U.S. Government Printing Office, 2019) no tienen acceso a la atención que necesitan para el Covid-19, por carecer de cualquier forma de protección sanitaria, hasta el punto de que el Gobierno Federal ha tenido que destinar una parte de los 100.000 millones de dólares de la financiación de emergencia destinada al Coronavirus para reembolsar las estancias hospitalarias de los no asegurados, cuyos costes, según algunas estimaciones, podrían ocupar una parte nada despreciable de dichas partidas.

[6] Cfr. De Pietro, Tereanu, *Carichi di lavoro e fabbisogno di personale nelle aziende del Ssn: criticità e prospettive*, in *Mecosan*, 2005, pág. 66; De Pietro, *La gestione del personale nelle aziende sanitarie: una rassegna della letteratura*,

En este sentido, cabe destacar que con respecto a 2009, el año con mayor número de empleados en la sanidad pública (693.716 empleados), a finales de 2018 había 648.507 empleados en el SSN, lo que supone un descenso del 6,50%. Las razones de esta dinámica se encuentran en las políticas de contención del gasto. De hecho, a diferencia de otras administraciones públicas, los organismos del SSN no han estado sometidos a un límite de contratación basado en el volumen de negocio, sino a una limitación del gasto, que se ha visto reforzado en las regiones con un plan de recuperación, pero que también se encuentra presente en otras. Las medidas introducidas por la legislación nacional también han contribuido a la ralentización de los gastos de personal, con especial referencia a la congelación de los procedimientos contractuales y la prohibición, hasta el año 2014, de reconocer aumentos salariales por encima del nivel vigente en 2010.

Por lo tanto, parece que el dramatismo de la crisis sanitaria ha acelerado la dinámica ya aplicada, en cierta medida, por el conocido como Decreto Calabria[7], es decir, aliviar las limitaciones de gasto y superar el túnel de la formación.

Para hacer frente a la emergencia, como veremos más adelante, se recurrió a procedimientos extraordinarios de contratación de personal con el fin de reforzar, en particular, las redes de asistencia territorial y los servicios de virología y de neumología de los hospitales, como excepción a la normativa vigente. Se han previsto incentivos y asignaciones de trabajo autónomo y, para garantizar la asistencia en caso de sustitución del médico generalista, la posibilidad de ejercer la profesión de médico-cirujano, después de haber obtenido una licenciatura en medicina y cirugía, previa evaluación de la idoneidad (lo que se conoce como título habilitante).

En Italia, la reorganización del servicio sanitario y la contractualización del empleo público tienen una matriz común, que remiten a la ley habilitante de la República Italiana del 23 de octubre de 1992 núm. 421, haciendo que sus caminos se crucen, aunque en ocasiones, parecen ir paralelos y no comunicarse. En este sentido, en el plano jurídico, surgen también aspectos del derecho público y administrativo (véase F. Giglioni para estos aspectos en esta misma investigación), así como, en diferentes niveles, perfiles significativos de política económica y financiera; un ejemplo sería el tema de la regionalización de la sanidad como factor de crisis entre el centro y la periferia (en la relación que mantienen el Estado y las regiones), pero también en las relaciones entre las regiones. Está además la adopción de modelos diversificados, que no son ajenos a las reivindicaciones identitarias: "las regiones han hecho de las políticas sanitarias la principal seña de identidad de su actividad institucional, compitiendo a menudo entre sí y con el gobierno central"[8]. De hecho, en

in *Mecosan*, 2006, pág. 141; De Pietro, *L'evoluzione delle funzioni innovative nelle aziende del SSN: le politiche e la valutazione del personale*, in *Mecosan*, 2002, pág. 67. Desde distintos puntos de vista, estas fuentes ponen de manifiesto el peso de las limitaciones de gasto en el establecimiento de las plantillas de personal. Restricciones consideradas legítimas por el Tribunal Constitucional. 72/17. Cfr. Boscati, *È incostituzionale la legge regionale che per il personale sanitario deroga alle disposizioni statali in materia di orario di lavoro e di limiti all'assunzione a tempo determinato*, in *DRI*, 2017, pág. 1175.

[7] Una situación especialmente difícil fue abordada por el Decreto Ley 35/2019 (el conocido como Decreto Calabria), cuyo capítulo I está íntegramente dedicado a las disposiciones especiales para la Región de Calabria, destinadas a restablecer el cumplimiento de los niveles esenciales de atención dentro del sector sanitario, además de garantizar la consecución de los objetivos del Plan de Recuperación de los déficits del servicio sanitario regional, según los correspondientes programas operativos. El Decreto Calabria también intervino en la contención del gasto de personal del SSN y en la congelación de la facturación, así como en la contratación de personal médico. Estas últimas cuestiones ya habían sido tratadas por las leyes de presupuestos de 2018 y 2019, confirmando la incisividad de la continuación en la revisión del gasto en el sector sanitario, iniciada en 2011, con la intención de recuperar las áreas de ineficiencia tanto a nivel de gestión como de organización, con el objetivo de compensar la contracción de los recursos invertidos en el Sistema Nacional de Salud.

[8] Taroni, Giorgi, *I regionalismi sanitati in Italia nel contesto internazionale: lezioni dalla pandemia*, in *Costituzionalismo.it*, 2, 2020, pág. 64. También subraya este perfil Mangiameli, *Il riparto delle competenze tra vicende storiche e prospettive di collaborazione*, in *DR*, 3, 2020, págs. 245-246: "A pesar de la reducción del margen de maniobra de las Regiones debido al control del gasto, sobre todo en el caso de las regiones que tomaron parte en

Italia, el SSN está dividido en Servicios Sanitarios Regionales (SSR) y está obligado a garantizar los Niveles Esenciales de Atención (LEA, por sus siglas en italiano). En Italia, los LEA hacen referencia al conjunto de todas las prestaciones, servicios y actividades que los ciudadanos tienen derecho a obtener del Servicio Nacional de Salud, con el fin de garantizarlos en condiciones uniformes, a todos y en la totalidad del territorio nacional. Desde esta perspectiva, los indicadores de seguimiento de los LEA son herramientas de evaluación que captan las posibles faltas de homogeneidad en la demanda y la oferta de servicios dentro de los servicios sanitarios descentralizados. También a la luz de este marco normativo, implantado desde 2001 por un regionalismo que parece "indeciso entre formas diferenciadas pero solidarias o con formas asimétricas y competitivas" [9], el sistema sanitario expresa, aún más que en el pasado, la necesidad de una nueva forma de regionalismo. El sistema sanitario expresa, incluso más que otros sectores de la administración pública italiana, las dificultades normativas generales y los difíciles procesos de su aplicación.

En último lugar, aunque no menos importante, está la cuestión de la carga económica que genera la asistencia sanitaria[10], no sólo en cuanto a su impacto en las finanzas públicas, sino también en la racionalidad de los centros de coste. El mercado de los productos sanitarios, los equipos médicos y los medicamentos es global y a veces se caracteriza por verdaderas guerras comerciales: la situación de los últimos meses es buena prueba de ello.

En un mercado con estas características, la Unión Europea probablemente debería haber desempeñado un papel importante, pero no ha sido así, debido también a la falta de competencia reguladora. En cualquier caso, un sistema en el que los Estados-Nación compiten entre sí en un cuestionable "todos contra todos" parece estar ya en dificultades: moverse por los microactores regionales en este contexto significa condenarse a obtener bienes y servicios en condiciones inevitablemente más caras. Por no hablar del hecho de que la competencia entre regiones conduce a un desajuste y, como consecuencia de ello, a una marcada disparidad territorial en la calidad de los servicios prestados. Por lo tanto, la situación actual requerirá cuanto antes una revisión seria y serena de estos aspectos, también en lo que respecta a los aspectos normativos. Sin embargo, los estudiosos de las distintas disciplinas pueden ya iniciar o reiniciar sus reflexion s con la esperanza de que cuando este asunto termine por fin, los responsables políticos quieran también tomar nota de la necesidad de algunas medidas urgentes de reforma. Debemos preguntarnos qué es lo que ha fallado, pero sobre todo dónde se ha atascado el sistema de salud pública, como sistema.

2. *(CONTINUACIÓN)* DEL PACTO POR LA SALUD AL PLAN NACIONAL DE RECUPERACIÓN Y RESILIENCIA

Cabe destacar que, a finales del año 2019, el Gobierno y las regiones firmaron un nuevo Pacto por la Sanidad que abarca el período 2019/2021[11]. El Pacto pone al descubierto las áreas y las acciones esenciales que son necesarias para relanzar la eficiencia de los servicios sanitarios; en particular, en las Fichas 3-8 del documento se arroja luz de forma muy clara sobre ciertas lagunas estructurales y organizativas que deben subsanarse durante ese trienio. La lectura de estas páginas tiene el regusto amargo, que hoy se convierte en un doloroso *déjà vu*: sobre la mesa estaban todas las cuestiones que han lastrado la respuesta italiana a la emergencia sanitaria.

---

la aplicación de los Planes de Recuperación del Déficit, cada una de ellas siguió intentando crear su propia identidad a través de la política sanitaria".

[9] Vicarelli, *Regionalismo sanitario e Covid-19: punti di forza e di debolezza,* in Vicarelli, Giarelli (editor) *Libro Bianco Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19 Problemi e proposte*, Franco Angeli, 2021, cit. pág. 28.

[10] Lagravinese, Resce, *La sanità tra crisi economica e vincoli finanziari*, in Coco, De Vincenti (a cura di), *Una questione nazionale. Il Mezzogiorno da "problema" a "opportunità"*, Il Mulino, 2020, pág. 125 y ss.

[11] Publicado en el siguiente enlace: *www.regioni.it/newsletter/n-3750/del-07-01-2020/patto-per-la-salute-2019-2021-il-testo-20616.*

En efecto, en la Ficha 3, relativa a los recursos humanos, se acuerda: a) aumentar el porcentaje de incremento de los gastos de personal, que puede alcanzar, por tanto, un incremento de hasta un 15%; b) mejorar las actividades formativas, tanto teóricas como prácticas, en el ámbito de las especialidades médico-universitarias; c) potenciar la prestación de los especialistas en el ámbito de la disciplina de medicina y cirugía de urgencias; d) prever también la admisión en los procedimientos de concurso de los residentes matriculados en el tercer año del plan de estudios de especialización.

Esta parte del Pacto se cruza con otro apartado relativo a un punto muy candente, que se ha retomado numerosas veces durante este último año y medio, y que es igualmente crítico, el relativo al "Desarrollo de los Servicios de Prevención y Protección de la Salud, al Desarrollo de las Redes Territoriales y a la Reorganización de la Medicina General" (Ficha núm. 8).

El Pacto, por otra parte, se firmó precisamente debido al evidente sufrimiento del sector sanitario, sufrimiento que afecta a todos los planes mencionados en el párrafo anterior y, en particular, al ámbito del personal.

Pensemos en la progresiva reducción del gasto público en sanidad y en la correlativa carga creciente de gasto que soportan los ciudadanos privados, en la reducción del personal fijo, en el creciente recurso a los contratos temporales y otros contratos precarios, en la reducción del número de centros de hospitalización y en el aligeramiento de la atención territorial, en la ralentización de las inversiones en las zonas regionales, como en la región de Campania, comprometidas con planes de saneamiento financiero sólidos y rigurosos. Todos estos son aspectos que atañen directa e indirectamente a la estructura cuantitativa y cualitativa de las plantillas de los perfiles profesionales sanitarios; ojalá considerásemos que, a diferencia de lo que ha sucedido en otras administraciones públicas, los organismos de servicios sanitarios no han estado sometidos a un límite de contratación basado en la facturación, sino a una limitación del gasto, que se ha visto reforzado en las regiones con un plan de saneamiento y que sigue presente en las demás.

Todo esto se recoge con gran detalle en el informe del Tribunal de Cuentas sobre la situación financiera de las administraciones públicas italianas del mes de abril de 2020. El capítulo dedicado a la dotación de personal y al gasto en personal sanitario nos ofrece una serie de datos sobre los que merece la pena reflexiona .

El Tribunal de Cuentas hace una radiografía despiadada, destacando cómo, durante los últimos años, se han hecho más evidentes los efectos negativos de dos fenómenos diferentes: el largo período de restricciones en la dinámica del gasto de personal y la escasez, en algunos ámbitos, de personal especializado[12]. El Tribunal subraya cómo todas las regiones italianas han registrado disminuciones significativas de personal sanitario estable: disminuciones compensadas básicamente por tipos de trabajo flexibles, con un recurso masivo a la administración del trabajo y a las relaciones de colaboración y autoempleo.

Se trata, desgraciadamente, de una connotación tendencialmente estructural del mercado laboral sanitario, sobre la que la legislación de emergencia de 2020[13] no ha incidido drásticamente y en relación con la cual (todo hay que decirlo), no ayuda ni siquiera la rigidez y cierto apriorismo

[12] Pensemos en la escasez, entre otras competencias, de los "preciados" anestesistas, ya puesta de manifiesto en investigaciones del sector, como la de FIASO (Federación Italiana de Empresas Sanitarias y Hospitalarias) de julio de 2018 *(Informe sobre las necesidades de los médicos públicos a cargo del Laboratorio de Políticas de Personal de FIASO),* disponible en el siguiente enlace: *www.fiaso.it.*

[13] El Decreto Legislativo núm. 34, del 19 de mayo de 2020, en el mismo momento en que prevé oposiciones reservadas para superar las grandes bolsas de empleo precario en la sanidad pública (artículo 4-*bis*), acaba legitimando otras nuevas, referidas a la utilización de recursos adicionales y extraordinarios para hacer frente a la emergencia pandémica, que podrán concertarse mediante contratos de trabajo autónomo. Sobre los puntos críticos generales del actual sistema de contratación en la Administración Pública italiana, véanse las reflexiones presentadas en Carabelli, Zoppoli L. (Ed.), *Rinnovamento delle PA e nuovo reclutamento*, in *Quad. RGL*, 6, 2021.

de algunas direcciones jurisprudenciales constitucionales en materia de estabilización del personal sanitario regional[14].

Hay que decir que ni siquiera el Plan Nacional de Recuperación y Resiliencia (PNRR) aborda estas cuestiones críticas "a cara descubierta". Del apartado dedicado al tema que nos ocupa, es decir, la Misión 6 bajo el epígrafe "Salud", se desprende que la estrategia seguida con el PNRR se divide en dos componentes: a) redes de proximidad, estructuras intermedias y telemedicina para la asistencia sanitaria territorial. Las medidas incluidas en este componente tienen por objeto reforzar los servicios prestados dentro del territorio mediante el fortalecimiento y la creación de estructuras e guarniciones territoriales (como las residencias comunitarias y los hospitales comunitarios), el refuerzo de la atención domiciliaria, el desarrollo de la telemedicina y una integración más eficaz con todos los servicios sociosanitarios. b) La innovación, investigación y digitalización del Servicio Nacional de Salud. Según el Plan, las medidas incluidas en este componente permitirán renovar y modernizar las estructuras tecnológicas y digitales existentes, completar y difundir el Expediente Sanitario Electrónico (*Fascicolo Sanitario Elettronico* - FSE) [15], además de mejorar la capacidad de la prestación y el seguimiento de los niveles esenciales de asistencia, mediante sistemas de información más eficaces. También se destinan importantes recursos a la investigación científica y al fomento de la transferencia de tecnología, así como al refuerzo de las competencias y al capital humano del Servicio Nacional de Salud, entre otras cosas, mejorando la formación del personal.

A pesar de la indudable riqueza de los contenidos de la Misión 6 ("Salud"), se sugiere que los efectos sobre el empleo y el trabajo de las medidas estructurales y organizativas expuestas son indirectos o, en todo caso, "transversales". Es de esperar, por lo tanto, que se lleve en primer lugar una planificación consciente y luego una gestión responsable de las acciones y de los instrumentos identificados en el Plan. Esto evoca otro punto de interés de esta contribución -que se abordará más adelante-, a saber, el de las competencias de gestión y las capacidades organizativas necesarias para mantener unido un sistema tan complejo como es el sanitario.

3. LA TELEMEDICINA

Como se mencionó en el párrafo anterior, el fortalecimiento de los servicios de atención domiciliaria es un objetivo clave para el Servicio Nacional de Salud (en línea con las recomendaciones de la Comisión Europea para 2019). La inversión, tal y como se recoge en el PNRR, pretende aumentar el volumen de servicios prestados en la atención domiciliaria hasta que, a mediados de 2026, pueda atenderse al 10% de la población mayor de 65 años. De hecho, la intervención se dirige en particular a los pacientes mayores de 65 años con una o más patologías crónicas y/o que no son autosuficientes. La inversión tiene como objetivo identificar un modelo compartido para la prestación de la atención domiciliaria que aproveche al máximo las posibilidades que ofrecen las nuevas tecnologías (como la telemedicina, la domótica, la digitalización) y utilizar la telemedicina[16] para apoyar mejor a los pacientes con enfermedades crónicas. Las necesidades de recursos para llevar a cabo esta inversión

[14] Sobre esta cuestión véase Esposito, D'Avino, *Il contratto a termine nella Sanità pubblica*, in Zoppoli L., Saracini (editor), *Riforme del lavoro e contratti a termine*, Editoriale Scientifica, 2017, pág. 257 y ss

[15] En relación con esta cuestión véase Posteraro, *La digitalizzazione della sanità in Italia: uno sguardo al Fascicolo Sanitario Elettronico (anche alla luce del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza),* in *federalismi.it,* 26/2021, págs. 189-229.

[16] Para una referencia a nivel europeo sobre telemedicina, véase: Comunicación de la Comisión Europea COM(2008)689, sobre "La telemedicina en beneficio de los pacientes, los sistemas sanitarios y la sociedad", Comisión Europea, 4 de noviembre de 2008. En esta Comunicación se pretende apoyar a los Estados miembros en la implantación de los servicios de telemedicina a través de iniciativas específicas como: crear confianza en los servicios de Telemedicina, fomentar su aceptación, aportar claridad jurídica, resolver problemas técnicos y facilitar el desarrollo del mercado. En el marco de esta Comunicación, la Comisión Europea identificó las acciones específicas que deben adoptarse a nivel de cada Estado miembro. Con fecha del 23/12/2009, el Comité Económico y Social Europeo emitió un dictamen sobre esta Comunicación, en el que definía la telemedicina como una "revolución cultural", cuyo desarrollo debe considerarse en el contexto de una evolución general de las políticas y de los sistemas sanitarios. Además, cabe

se estiman en 4.000 millones de euros, de los cuales 2.720 millones están relacionados con los costes que genera la atención de un número cada vez mayor de pacientes, que asciende a 280 millones de euros para crear las Centrales Operativas Territoriales (COT) y 1.000 millones de euros para la telemedicina. Estas medidas se aplicarán mediante herramientas de planificación negociada, necesarias para garantizar la coordinación entre los niveles institucionales y los organismos implicados.

Según el PNRR, sólo a través de la integración de la asistencia sanitaria a domicilio con las intervenciones sociales será posible lograr la plena autonomía e independencia de la persona mayor/discapacitada en su hogar, reduciendo el riesgo de una hospitalización inadecuada. El PNRR afirma que esto también será posible gracias a la introducción de herramientas de domótica, telemedicina y telemonitorización.

Como se indica en las directrices de telemedicina elaboradas por el Ministerio de Sanidad[17], la telemedicina se refiere a una forma de prestar servicios de atención sanitaria, mediante el uso de tecnologías innovadoras, en particular las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), en situaciones en las que el profesional sanitario y el paciente no se encuentran en el mismo lugar. La telemedicina consiste en la transmisión segura de información y datos médicos en forma de texto, sonido, imágenes u otras formas necesarias para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de los pacientes. Los servicios de telemedicina deben equipararse a cualquier servicio sanitario de diagnóstico/terapéutico. Sin embargo, los servicios de telemedicina no pueden sustituir a los servicios sanitarios tradicionales en la relación personal médico/paciente, sino que los complementan con el potencial de mejorar la eficacia, la eficiencia y la adecuación. La telemedicina también debe cumplir con todos los derechos y obligaciones de cualquier acto sanitario.

Como ya hemos mencionado, las acciones promovidas por el PNRR, en la Misión 6, también incluyen acciones dirigidas precisamente a la telemedicina; según esto, los servicios de telemedicina, al ayudar a abordar los principales retos a los que se enfrenta el SNS, representan un medio formidable de: (a) contribuir a reducir las actuales brechas geográficas y territoriales en materia de salud mediante la armonización de los estándares de atención que debe garantizar la tecnología; (b) asegurar una mejor "experiencia asistencial" para los asistidos; (c) mejorar los niveles de eficiencia de los sistemas regionales de salud mediante la promoción de protocolos de atención domiciliaria y supervisión remota[18].

recordar que en la Agenda Digital se incluye también una acción específica destinada a difundir los servicios de Telemedicina.

[17] La referencia es al documento: *Telemedicina. Le linee di indirizzo nazionali*, Ministerio de Sanidad italiano, disponible en el siguiente enlace: C_17_pubblicazioni_2129_allegato.pdf (salute.gov.it) (última consulta del 17/11/2021). Según este documento, hay muchas iniciativas de telemedicina a escala nacional, aunque con demasiada frecuencia se trata de experimentos, prototipos y proyectos con un número limitado de casos y una alta tasa de mortalidad. Ante esta difusión no orgánica de los servicios sanitarios de telemedicina, es necesario contar con un modelo de gobernanza compartida para las iniciativas de telemedicina, que debe centrarse en los conocimientos específicos del sector sanitario. Por lo tanto, es necesario armonizar las directrices y los modelos de aplicación de la telemedicina, como requisito previo para la interoperabilidad de los servicios de telemedicina y como requisito para pasar de una lógica experimental a una lógica estructurada de uso generalizado de los servicios de telemedicina.

[18] La intervención se traduce en la financiación de proyectos de telemedicina propuestos por las regiones en base a las prioridades y directrices establecidas por el Ministerio de Sanidad. Los proyectos pueden abarcar cualquier ámbito clínico y promover una amplia gama de funcionalidades a lo largo de todo el itinerario de prevención y tratamiento: teleasistencia, teleconsulta, televigilancia y elaboración de partes médicos. Sin embargo, para recibir financiación, los proyectos deberán, en primer lugar, ser capaces de integrarse en el Expediente Sanitario Electrónico, alcanzar objetivos cuantitativos de rendimiento vinculados a los principales objetivos de la telemedicina y del Sistema Nacional de Salud, además de garantizar que su desarrollo se traduce en una armonización efectiva de los servicios sanitarios. Se dará prioridad a los proyectos que abarquen a más de una región y que se basen en experiencias exitosas ya existentes, que tengan como objetivo la construcción de "plataformas de telemedicina" reales y fáciles de ampliar. Esta inversión, según el PNRR, está en consonancia con lo previsto en las inversiones mencionadas en el punto 1.3 del Componente 2 de la Misión 6.

Por lo tanto, la innovación tecnológica también podría contribuir a una reorganización de la asistencia sanitaria, en particular, apoyando el cambio del enfoque de la asistencia sanitaria del hospital al territorio, a través de modelos innovadores de atención centrada en el ciudadano y facilitando el acceso a los servicios a escala nacional.

En este sentido, la pandemia ha puesto de manifiesto la importancia y utilidad de las nuevas tecnologías, la cibersalud (*e-health*) y la telemedicina en el proceso de tratamiento, así como la posibilidad de superar la brecha digital en el uso de estas herramientas y la utilidad de la robótica. En este sentido, los métodos de prestación de asistencia sanitaria y social basados en la telemedicina son fundamentales, ya que contribuyen a garantizar un acceso justo a la asistencia en territorios remotos, apoyan la gestión de enfermedades crónicas y proporcionan un canal de acceso a la asistencia altamente especializada, apoyando una mejor continuidad de la asistencia mediante la comparación multidisciplinar y siendo una ayuda fundamental para los servicios de urgencias.

En relación con el tema que nos ocupa (en particular, la digitalización de los procesos asistenciales y el uso de *big data* para el análisis y la planificaci n de la asistencia sanitaria), será necesario un profundo replanteamiento y una renovación del sector sanitario. En este momento, el sector sanitario se beneficia de la disponibilidad de recursos que ofrece el Plan Nacional de Recuperación y Resiliencia (PNR), que destina nada menos que 15.630 millones de euros a la Misión 6 - Salud, lo que representa una oportunidad única para el relanzamiento del Sistema Nacional de Salud italiano.

En relación con la importancia de la tecnología en la innovación de los procesos de tratamiento, cabe destacar un estudio reciente[19], en el que se pone de manifiesto, entre otras cosas, la necesidad de potenciar el uso de la historia clínica electrónica y del Expediente Sanitario Electrónico (FSE, por sus siglas en italiano), para avanzar en la integración de más datos. Según el estudio, los datos existentes deben normalizarse y digitalizarse para que sean útiles en los procesos de evaluación y de planificación. Los datos clínicos hasta la fecha no pueden considerarse como *big data*, ya que carecen de los requisitos de variabilidad, grandes volúmenes y velocidad de transmisión: el Expediente Sanitario Electrónico es hasta la fecha un depósito pasivo, a menudo incompleto y no un generador de datos. De hecho, la creación de un espacio de datos, incluidos los datos sanitarios, es una prioridad de la Comisión Europea, en particular para el período 2019-2025, que exige que los Estados miembros trabajen en la creación de una sólida red de infraestructuras interoperables, en la garantía de la calidad de los datos, así como en la aplicación de sistemas sólidos de gestión de datos y de normas de intercambio de datos. Las cuestiones que están en el centro del debate sobre los *big data*, que van desde la tecnología hasta la ética, la seguridad y la legitimidad, confirman que se trata de un ámbito en el que la contribución de múltiples perspectivas y expertos es crucial para poner en marcha proyectos eficaces y viables

En el tema de los datos sanitarios y su protección, merece una mención el sistema *blockchain*[20]. Como es sabido, a través de esta herramienta, los datos estarían descentralizados, encriptados, no podrían modific rse, estarían accesibles sólo para las figuras autorizadas y cualificadas, por ejemplo, para comprobar la identidad del paciente, llevar un registro de todo su historial médico, controlar sus parámetros vitales en tiempo real, transmitir la información de forma segura y evitar fraudes o manipulaciones. Unas sencillas características que podrían revolucionar la asistencia sanitaria en nuestro país y en todo el mundo. En Italia se lleva tiempo hablando de ello, e incluso hay un grupo

[19] Nos referimos al "Libro Blanco de la Salud", resultado de un proyecto de investigación ideado por *Planning*, una empresa especializada en la organización de eventos y actividades de formación en el sector médico-científico desde hace más de 30 años, - editado por CERGAS - SDA Bocconi. El documento, elaborado junto con más de 50 delegados de Ministerios, organismos, instituciones y empresas, se presentó en Bolonia el 05/11/2021 durante la conferencia "*Area Sanità. Strategie per la salute del Paese*" (Área de Salud. Estrategias para la Salud del País).

[20] *Blockchain* es una tecnología basada en una red de ordenadores individuales, llamados "nodos", que permiten disponer de datos en tiempo real sin necesidad de que una autoridad central los gestione o manipule.

de trabajo en el Ministerio de Desarrollo Económico[21], aunque hasta la fecha no existen proyectos concretos de *blockchain* dentro del sector sanitario.

Por último, está la cuestión de la preparación de los profesionales sanitarios para prestar servicios a distancia y hacer uso de las nuevas tecnologías. En este sentido, la formación tanto de los servicios administrativos como de los procesos clínicos desempeña un papel fundamental. Al mismo tiempo, deben promoverse las competencias digitales a nivel del paciente individual, orientándole en el uso de la tecnología digital a través de la comunicación pública sobre el potencial de la salud digital (*digital health*).

4. FLEXIBILIDAD LABORAL ENTRE CRITICIDADES Y OPORTUNIDADES: LAS FUENTES

Llegados a este punto, parece necesario aclarar que en este ensayo hemos adoptado un peculiar enfoque de investigación para comprender los vínculos existentes entre la organización de los servicios sanitarios y la normativa laboral. Hemos optado por profundizar en la cuestión de los contratos flexibl s, que son la "primera" forma de acceder al mercado laboral sanitario, en la medida en la que se adaptan mejor a las necesidades tanto estructurales como coyunturales.

De hecho, el sector sanitario es especialmente favorable al desarrollo de modelos flexibles en virtud de sus características, propias de las empresas de servicios: alta intensidad de la calidad y conocimiento personal, elevada autonomía profesional, personalización y diferenciación de los servicios ofrecidos a los usuarios[22]. Aunque es cierto que el marco normativo es tan intrincado y articulado que es evidente que presenta "una cierta opacidad subyacente, operativa y normativa a la vez"[23].

Para entender lo dicho al principio de este apartado, conviene repasar brevemente las fuentes de la regulación de las relaciones flexibles en el sector sanitario, refiriéndose en particular a los contratos de trabajo de duración determinada y a los contratos de "*somministrazione*[24]."

Como ya se ha mencionado, la normativa en la materia se caracteriza por sus particularidades. En primer lugar, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 29 del Decreto Legislativo núm. 81, del 15 de junio de 2015[25], "los contratos de duración determinada estipulados (...) con el personal sanitario, incluido el directivo, del Servicio Nacional de Salud" (artículo 29, epígrafe 2, letra c)) no siguen las reglas de la relación laboral privada.

Por lo tanto, se aplica lo dispuesto en el artículo 36 del Decreto Legislativo núm. 165, con fecha del 30 de marzo de 2001, que introduce una disciplina especial, especialmente en lo que respecta a la (no) conversión del contrato de duración determinada en una relación indefinida en caso de abuso. No existe el derecho a la estabilización de la relación laboral ni siquiera para quienes han sido contratados de forma temporal tras un concurso[26].

---

[21] Véase Blockchain - Miembros del Grupo de expertos (mise.gov.it).

[22] Cicellin, Consiglio, *Opportunità e problematiche delle nuove forme di lavoro nel sistema sanitario. Agenzie per il lavoro e gestione differenziata delle risorse umane*, *WP "Carlo Mario Guerci*", 2012, pág. 3.

[23] Esposito, D'Avino, *Il contratto a termine nella sanità pubblica*, *cit*., pág. 259.

[24] En Italia el llamado contrato de "*somministrazione*" es un contrato de duración determinada o indefinida, en virtud del cual una Empresa de Trabajo Temporal, pone trabajadores a disposición de las empresas usuarias con el objetivo de que estos trabajen en ellas bajo la dirección y el control de las mismas. Originariamente en Italia existían los contratos suscritos por "empresa de trabajo temporal". En este caso la Empresa celebraba contratos de empleo de duración determinada. Este tipo de contrato era muy parecido a los estipulados en España por las Empresas de Trabajo Temporal que permiten ceder temporalmente trabajadores a otras empresas.

[25] Véase el artículo 10, epígrafe 4-*ter*, Decreto Legislativo núm. 368, con fecha del 6 de septiembre de 2001, añadido por el Decreto Legislativo nº 76, del 28 de junio de 2013.

[26] Casación Civil, sección VI, 14/10/2021, (ud. 11/05/2021, DEP núm. 28087, del 14/10/2021),

La doble y triple especialidad remiten a las normas específicas de contratación aplicables dentro del sector sanitario[27], así como de la competencia compartida entre el Estado y las regiones, en virtud del artículo 117 de la Constitución italiana[28]. En cuanto al primer aspecto, además del artículo 36 del Decreto Legislativo núm. 165, con fecha del 30 de marzo de 2001, existen normas contenidas en el Decreto Legislativo núm. 502, del 30 de diciembre de 1992, que se hacen específicamente referencia a la normativa sanitaria, incluida la relativa a la gestión del personal. Por otro lado, en la segunda vertiente, hay que considerar que el marco nacional se integra con la normativa regional individual, entendiendo que, como ha aclarado el Tribunal Constitucional en varias ocasiones, la competencia autonómica no deberá sobrepasar las limitaciones de orden civil y de hacienda pública, ni los principios de protección sanitaria[29].

Por último, el panorama se completa con la negociación colectiva en la materia. De hecho, aunque el nuevo texto del artículo 36 del Decreto Legislativo núm. 165/01 carece de una referencia expresa a la competencia de los convenios colectivos [30], no debe subestimarse la importancia de su función complementaria y de control.

5. *(CONTINUACIÓN)* LOS CONTRATOS SUBORDINADOS DE DURACIÓN DETERMINADA Y DE "*SOMMINISTRAZIONE*": LÍMITES A LA CELEBRACIÓN DE CONTRATOS

En cualquier caso, para reconstruir las normas sobre esta materia conviene partir de los principios generales y, en particular, de lo dispuesto en el artículo 36 del Decreto Legislativo núm. 165, de fecha del 30 de marzo de 2001[31], en donde se establece que los contratos flexibles sólo pueden celebrarse si existen determinados motivos, así como la exclusión de la conversión de la relación en contrato indefinido en caso de abuso[32]. Se parte de la base de que, para evitar el uso indebido del empleo atípico[33], la relación laboral normal se establece por tiempo indefinido, accediendo a

[27] Sobre los perfiles normativos del personal sanitario, consúltese Russo, *Il personale del servizio sanitario*, in Esposito, Luciani, A. Zoppoli, L. Zoppoli, *La riforma dei rapporti di lavoro nelle pubbliche amministrazioni*, Turín, 2018, pág. 417.

[28] Esposito, *Note critiche sulla stabilizzazione del personale a termine nel comparto della sanità pubblica*, in Liguori, A. Zoppoli (Ed.), *op. cit.*, pág. 297. Sobre los límites de la competencia que concurre en esta materia, véase el auto del Tribunal Constitucional núm. 19, del 12 de agosto de 2020, que aclara que la posibilidad de prorrogar la duración de los contratos de duración determinada es competencia exclusiva del Estado, por tratarse de principios de la Hacienda Pública.

[29] Sobre la competencia en materia de finanzas públicas véase además el auto del Tribunal Constitucional núm. 20, del 12/02/2021.

[30] La versión anterior establecía que *"Sin perjuicio de la competencia de las administraciones para determinar las necesidades de organización, de acuerdo con lo dispuesto en la legislación vigente, los convenios colectivos nacionales regularán la materia de los contratos de trabajo de duración determinada"*.

[31] Con vistas a la aplicación de las normas generales sobre las relaciones de empleo público a las empresas y organismos del Servicio Nacional de Salud, en virtud de lo previsto en el artículo 1, epígrafe 2, del Decreto Legislativo núm. nº 165, del 30 de marzo de 2001. Además, en el artículo 47 de la Ley núm. 833, del 23 de diciembre de 1978, se dejaba ya claro que el estatuto jurídico y económico de los empleados de las unidades sanitarias locales se regiría, salvo en lo que respecta a las excepciones previstas en el artículo 47, por los principios generales y comunes del empleo público. Para ver la evolución normativa sobre este asunto Cfr. Marra, *Le funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie, aspetti contrattuali e manageriali*, FrancoAngeli, 2010 y Zoli, *Contrattazione collettiva e flessibilità dei contratti di lavoro*, in Liguori, Zoppoli A. (Ed.), cit., págs. 199 y ss. Sobre la evolución precontractual de la función pública, véase AA.VV., *Aspetti del lavoro dipendente presso le amministrazioni del comparto sanit*à, Spisa, 1999.

[32] Véanse, entre otros, C. App. Milán, 4 de febrero de 2019, núm. 2001; Tribunal de Casación nº 3479, del 6 de febrero de 2019. Más adelante se explica con más detalle.

[33] Sobre este punto, véase también la Circ. Min. Admón. Pública núm. 3, del 19 de marzo de 2008. Cfr. Fenoglio, *Il contratto a tempo determinato nel pubblico impiego: luci e ombre della recente riforma legislativa*, in *LD*, 2009, pág. 283 y ss.

ella mediante concurso[34]. Para enriquecer el orden general está además la normativa prevista por el Decreto Legislativo núm. 502, de fecha del 30 de diciembre de 1992, en donde además de prever un tipo especial de relación de duración determinada para los médicos contratados en un régimen de parasubordinación "atípica"[35], es decir, mediante contratos de colaboración coordinados y continuados con características especiales, tipifica otras hipótesis para la fijación legítima de un plazo fij [36], que también derogan los límites de tiempo, cuota y competencia.

En efecto, de conformidad con lo previsto en el artículo 15-*septies* del Decreto Legislativo núm. 502, del 30 de diciembre de 1992, los directores generales pueden realizar nombramientos para el desempeño de funciones de especial relevancia e interés estratégico, suscribiendo contratos de duración determinada con relación laboral exclusiva con titulados que tengan una especial y contrastada cualificación profesional, es decir, que hayan desarrollado actividades en organismos, entidades o empresas públicas o privadas con una experiencia adquirida de al menos cinco años, en cargos de alta dirección, o bien, que hayan alcanzado una especialización profesional, cultural y científica especial que hayan obtenido tras una la formación universitaria y postuniversitaria, con publicaciones científicas, así como con una experiencia laboral concreta y que, finalmente, no disfruten de prestaciones de jubilación. En dicho caso, los condicionantes para la legitimación de la estipulación representan el 2% de la dotación orgánica de la gerencia de salud y el 2% de la dotación orgánica total de los demás papeles que desempeña la gerencia. Estos contratos deben tener una duración no inferior a los dos años ni superior a los cinco, con posibilidad de renovación[37].

En segundo lugar, las autoridades sanitarias y los hospitales tienen derecho a suscribir contratos de duración determinada para un número no superior al cinco por ciento del personal de la dirección

[34] Obviamente, también puede accederse a la relación laboral en el sector sanitario siguiendo los procedimientos de contratación que se establecen en el artículo 35 del Decreto Legislativo núm. 165, del 30 de marzo de 2001, válido para todas las categorías laborales. De hecho, se trata de una norma general, que puede deducirse del artículo 15, apartado 7, del Decreto Legislativo nº 502 de 30 de diciembre de 1992, según la cual, también y sobre todo, el acceso a la gestión sanitaria se hace mediante concurso público sobre la base de calificaciones y exámenes, regido por el Decreto de la Presidencia de la República italiana (DPR) núm. 483, del 10 de diciembre de 1997. A su vez, en el artículo 2, epígrafe 4. l. núm. 401, del 29 de diciembre de 2000, se establece que las disposiciones contenidas en el artículo 28 del Decreto Legislativo se apliquen también al sector sanitario. núm. 29, del 3 de febrero de 1993, sustituido por el artículo 10 del Decreto Legislativo núm. 387, del 29 de octubre de 1998, (posteriormente incorporado al artículo 28 del Decreto Legislativo núm. 165, del 30 de marzo de 2001).

[35] Véase el artículo 8 del Decreto Legislativo núm. 502, del 30 de diciembre de 1992. También está el Convenio Colectivo Nacional del año 2015, que regula las relaciones con los especialistas en consultas ambulatorias internas, los veterinarios y otros profesionales sanitarios (biólogos, químicos, psicólogos), de conformidad con lo previsto en el artículo 8 del Decreto Legislativo núm. 502 y ss., del 30 de diciembre de 1992, así como en sus posteriores modificaciones y enmiendas, en donde se sanciona expresamente la posibilidad de otorgar nombramientos con duración determinada y carácter parasubordinado.

[36] También existen normas especiales para el personal directivo. Para más detalles, consulte las normas - Cfr. Lunardon, *Figure professionali e rapporti di lavoro. La dirigenza sanitaria* e Santini, *Il personale del comparto sanità*, entrambi in Ferrara, *Salute e sanità*, Volumen 5, Milán, 2010, pág. 325 y ss. y pág. 385 y ss. Consulte la amplia bibliografía a la que se hace referencia. Para casos específicos, Cfr. Saitta, *Incarichi di direzione di struttura complessa nelle aziende sanitarie: una giurisdizione…case by case?,* in *LPA*, 2016, 205 ss. Sobre la valoración de los contratos de gestión, véase Casación Civil, División Laboral, del 18/10/2021, nº 28627.

[37] Cabe señalar que hay que distinguir entre estas relaciones de duración determinada de los directivos y los contratados por tiempo indefinido. Las normas que rigen la gestión médica se modulan gracias a la distinción entre el acceso a la gestión sanitaria, que implica la realización de los procedimientos de concurso a los que se alude en el Decreto de la Presidencia de la República (DPR) núm. 483, de fecha del 10 de diciembre de 1987, al término de los cuales se establece una relación permanente, y la concesión de los nombramientos directivos, que son de duración determinada y se rigen además por el Decreto Legislativo núm. 502, del 30 de diciembre de 1992, en sus artículos 15 y 15 *ter,* en virtud de las disposiciones contenidas en el Convenio Colectivo para los Directivos del sector sanitario, renovado el 19 de diciembre de 2019, según lo dispuesto en el artículo 108. Sobre la cuestión de la Casación Civil, División Laboral nº 23826, del 02/09/2021. Casación Civil, División Laboral nº 30228, del 20 de noviembre de 2019. Sobre la naturaleza de los actos de atribución de las funciones contempladas en el artículo 15 *ter*, véase la sentencia núm. 19668 del Tribunal de Casación, Sec. 1, del 21 de septiembre de 2020,

del servicio de salud, excluida la dirección médica, o al cinco por ciento del personal de la dirección profesional, técnica y administrativa, para la asignación de puestos directivos, relativos a perfiles que no sean los de médico, así como a expertos con experiencia probada que no se hayan jubilado y que estén en posesión de un título universitario, además de otros requisitos específicos que sean acordes con las necesidades que determinan la asignación del cargo. En este caso, las retribuciones se determinan en función de los criterios establecidos en los convenios colectivos para la gestión del Servicio Nacional de Salud.

Estas disposiciones contractuales tienen en cuenta las peculiaridades de la gestión médica y profesional en el servicio de salud, sector en el que, precisamente porque el desempeño de actividades puramente profesionales tiene también un carácter directivo, era necesario prever la posibilidad de relaciones directivas con carácter temporal (en los demás sectores, en los que la gestión implica necesariamente responsabilidades directivas, se prevé la regencia)[38].

Por último, sólo en caso de imposibilidad objetiva y constatada de utilizar empleados con el fin de satisfacer las necesidades relacionadas con la activación de estructuras y espacios para actividades autónomas, o para proyectos específicos relacionados con dichas actividades, las autoridades sanitarias podrán contratar a personal no directivo en el sector sanitario y a personal administrativo de colaboración, mediante contratos de derecho privado de duración determinada, incluso con empresas cooperativas de servicios. Por lo tanto, estos contratos se regirán obviamente por lo establecido en el Decreto legislativo núm. núm. 81, del 15 de junio de 2015. También hay que tener en cuenta que en el artículo 15-*octies* se prevé específicamente la posibilidad, para la realización de proyectos específicos que no sustituyan a las actividades ordinarias, de que las unidades sanitarias locales y los hospitales puedan contratar a personas con una licenciatura o un título universitario, un título de enseñanza secundaria o con cualificación profesional, así como con una cualificación que les habilite a ejercer la profesión, y en dicho caso, mediante contratos de derecho privado de duración determinada.

El marco antes señalado, como se ha anticipado, deberá tener en cuenta también las normas de la negociación colectiva del sector[39], que se está renovando actualmente, también para la categoría de los cargos ejecutivos.[40].

En primer lugar, el artículo 57 del Convenio Colectivo Nacional del Sector Salud, suscrito el 21 de mayo de 2018 para el trienio 2016 -2018, de conformidad con lo establecido en las normas del artículo 36 del Decreto Legislativo núm. 165/2001 (y a diferencia de las disposiciones del Decreto Legislativo núm. 81, del 15 de junio de 2015), establece una duración máxima de los contratos de duración determinada de treinta y seis meses y un intervalo entre un contrato y el siguiente de al menos diez días desde la finalización del mismo, que va hasta los seis meses o los veinte si es superior. No obstante, de acuerdo con los términos establecidos en el Convenio Colectivo, el límite máximo de duración será identificado por la Empresa o Entidad teniendo en cuenta la necesidad de una prestación constante de servicios sanitarios manteniendo unos niveles esenciales de asistencia, de acuerdo con las directrices emitidas por las regiones. En cualquier caso, la excepción a la duración máxima no podrá superar los doce meses.

Además, el epígrafe 11 del artículo 57 establece que, de conformidad con lo previsto en el epígrafe 2 del artículo 19 del Decreto Legislativo núm. 81. del 15 de junio de 2015, sin perjuicio de

[38] Trib. Cas. núm. 20840, del 2 de agosto de 2019.

[39] Sobre los problemas de la negociación colectiva y su "obsolescencia", véase Zoppoli L., *A dieci anni dalla Riforma Bassanini: dirigenza e personale*, in *LPA*, 2008, pág. 1. Véase también Dal Gesso, Ferrari, *La contrattazione collettiva nella sanità. Spunti per una riforma in chiave regionalista* y Broccoli, *Il finanziamento della contrattazione collettiva nel comparto sanità*, ambos en Carrieri, Nastasi, *Spazio e ruolo delle Autonomie nella riforma della contrattazione pubblica*, Bolonia, 2009, págs. 315 y 339; Lovo, *Contrattazione collettiva integrativa in Sanità: bilanci e prospettive*, in *LPA*, 2008, pág. 533. Sobre el nuevo convenio colectivo y la importancia de su papel, véase Santini, *Le "nuove" relazioni sindacali nel comparto sanità*, in *RIML*, 2019, 1, pág. 95.

[40] La referencia es al citado convenio colectivo de gestión del área de salud que se firmó el 19 de diciembre de 2019

lo establecido en los apartados anteriores y en relación con el personal sanitario, en caso de sucesión de relaciones laborales de duración determinada entre un mismo empresario y un mismo trabajador, relativas al desempeño de funciones de la misma categoría, es posible exceptuar la duración máxima y los intervalos mínimos. Esta excepción, una vez más, no podrá superar los 12 meses y sólo puede aplicarse por razones tipificada [41].

Las limitaciones cuantitativas del 20% podrán también no aplicarse, en virtud de lo dispuesto en el epígrafe 4 del artículo 57, además de los casos señalados por el Decreto Legislativo núm. 81, del 15 de junio de 2015, también para la activación de nuevos servicios o la aplicación de procesos de reorganización destinados a incrementar los ya existentes; para necesidades particulares de empresas o entidades de reciente creación y, por último, para la introducción de nuevas tecnologías que impliquen cambios organizativos o que afecten a las necesidades de personal y a las competencias profesionales[42].

Es evidente que todas las razones enumeradas corresponden plenamente a una necesidad de macroorganización. Lo mismo ocurre, además, con los casos de legitimidad del contrato de duración determinada previsto en el artículo 108 del Convenio Colectivo Nacional del ámbito ejecutivo de la Sanidad, firmado el 19 de diciembre de 2019. De hecho, en virtud de esta disposición, deberán seguirse los mismos principios para los directivos que los establecidos en el artículo 36 del Decreto Legislativo núm. 165, de fecha del 30 de marzo de 2001, habiendo razones tipificadas en función de las necesidades[43]. Sin embargo, un principio muy peculiar consagrado en este Convenio Colectivo es la imposibilidad de combinar varias formas de flexibilidad. En efecto, el empleo con contrato de duración determinada sólo puede tener lugar a tiempo completo.

[41] Estos son los motivos que legitiman la excepción: a) activación de nuevos servicios o aplicación de procesos de reorganización destinados a incrementar los ya existentes; b) necesidades especiales de empresas u organismos de reciente creación; c) introducción de nuevas tecnologías que impliquen cambios organizativos o que afecten a las necesidades de personal y profesionales; d) prosecución de un proyecto significativo de investigación y desarrollo; e) renovación o ampliación de una contribución financiera. En dichos casos, el intervalo entre contratos de duración determinada también puede reducirse a 5 días para los contratos con una duración inferior a los seis meses y a 10 días para aquellos con una duración superior a los seis meses.

[42] Obviamente, de acuerdo con lo establecido en el art. 57, epígrafe 6 del Convenio Colectivo Nacional de Trabajo (CCNL, por sus siglas en italiano) de 2016-2018, las necesidades extraordinarias o temporales incluyen también la contratación de personal con contrato de duración determinada para: a) la sustitución del personal ausente, teniendo derecho a la conservación del puesto de trabajo, incluido el personal que disfrute de las vacaciones previstas en los artículos 4 y 5 de la Ley núm. 53 /2000; en los casos de exención laboral programada, a excepción de las huelgas, se podrá adelantar la contratación por duración determinada hasta un máximo de treinta días con el fin de garantizar el apoyo del trabajador que deba ausentarse; b) la sustitución del personal ausente por embarazo y puerperio, en caso de baja por maternidad, baja por paternidad y baja por enfermedad de un hijo, con arreglo a lo dispuesto en los artículos 16, 17, 32 y 47 del Decreto Legislativo núm. 151, del 26 de marzo de 2001; en dichos casos, la contratación por duración determinada podrá tener lugar incluso treinta días antes del inicio del período de exención.

[43] No obstante, quedan exentos de la cláusula de cuota del 20% los contratos de duración determinada que se celebren para la creación de nuevos servicios o en el marco de la realización de procesos de reorganización destinados a mejorar los ya existentes, para necesidades especiales de Empresas y Entidades de nueva creación, así como para la introducción de nuevas tecnologías que impliquen cambios organizativos o que afecten a las necesidades del personal y a cuestiones de índole profesional. Además, también dentro del ámbito de la gestión, las necesidades extraordinarias o temporales incluyen además los siguientes casos de contratación de ejecutivos con contratos de trabajo de duración determinada: la sustitución de directivos ausentes con derecho a conservar su puesto de trabajo, incluidos los directivos con permiso parental; en los casos de exención laboral programada, excluyendo las huelgas, la contratación de duración determinada puede adelantarse hasta treinta días con el fin de garantizar el apoyo del directivo que vaya a ausentarse; la sustitución de directivos ausentes por embarazo y parto, permiso de maternidad, permiso parental y enfermedad de los hijos, con arreglo a lo previsto en los artículos 16, 17, 32 y 47 del Código Civil italiano, así como la sustitución de directivos con contrato de trabajo de duración determinada. En estos casos, la contratación por duración determinada también podrá producirse 30 días antes del inicio del período de baja por exención.

Por supuesto, todas las normas relacionadas con los contratos de duración determinada y los límites mencionados anteriormente se aplicarán también, en términos generales, a las relaciones laborales temporales. En particular, en el artículo 59 del Convenio Colectivo para el sector sanitario se prevé expresamente la posibilidad de recurrir a los contratos de "*somministrazione*" laboral con duración determinada, de acuerdo con lo estipulado en las normas contenidas en los artículos 30 y siguientes del Decreto Legislativo núm. 8115, del junio de 2015, para satisfacer necesidades temporales o excepcionales, con arreglo a lo previsto en el artículo 36, epígrafe 2, del Decreto Legislativo núm. 165, del 30 de marzo de 2001, respetando las limitaciones financieras previstas por las disposiciones pertinentes de la legislación vigente. El Convenio Colectivo, sin embargo, deja en manos de las autoridades sanitarias la posibilidad de recurrir a esta forma de flexibilidad para cubrir las necesidades de los servicios de urgencias. Sin embargo, hay que tener en cuenta que está expresamente prohibido estipular un contrato de "*somministrazione*" de personal para hacer frente a una escasez de personal permanente y para determinados perfiles profesionales, especialmente para el personal de supervisión e inspección[44].

En cualquier caso, se aseguran los mismos derechos, incluidos los derechos sindicales, para los trabajadores temporales, garantizando el principio de igualdad, también en lo que respecta a los complementos específicos en caso de alcanzar los objetivos de rendimiento y los pagos adicionales correspondientes, según los criterios definidos en la negociación complementaria. No obstante, corresponde a la negociación complementaria establecer las condiciones, los criterios y las modalidades de utilización de los servicios sociales/recreativos que pueden ofrecerse al personal, en el marco de las disponibilidades ya asignadas por las empresas y organismos para este fin específic

En cuanto al tratamiento económico de los trabajadores temporales, cabe destacar la introducción del llamado "Subsidio Covid-19", introducido por el art. 18 bis del Decreto Legislativo núm. 41/2021, relacionado con la emergencia del Covid19. Esta indemnización se concede a los trabajadores temporales del sector sanitario que estén en activo a partir del 1 de mayo de 2021. El importe de la indemnización y las correspondientes modalidades de desembolso se definen mediante un Decreto del Ministerio de Sanidad, que se adoptará, de acuerdo con el Ministerio de Economía y Hacienda y el Ministerio de Trabajo y Políticas Sociales, en un plazo de sesenta días, contados a partir de la fecha de entrada en vigor de la Ley de Conversión del mismo Decreto-Ley núm. 41, es decir, la Ley núm. 69 del año 2021, que entró en vigor el 22 de mayo de 2021, sobre la base de los datos certificados remitidos por las regiones

Sin embargo, cabe destacar que dentro del sector sanitario, la "*somministrazione*" es una de las pocas fórmulas a través de las cuales es posible recurrir a personal externo[45], aunque en los últimos tiempos, y especialmente tras la emergencia epidemiológica, también se ha fomentado la integración entre el sector público y el privado. Basta con decir que en el Decreto Legislativo núm. 73, del 25 de mayo de 2021, se ha previsto precisamente la necesidad de reforzar las redes asistenciales, mediante la celebración de contratos con centros privados para la adquisición de servicios y la posibilidad de utilizar el personal sanitario de guardia, así como los locales y el equipamiento presentes en los centros sanitarios privados, estén o no acreditados. En cualquier caso, independientemente de su carácter privado, hay que considerar que, en virtud de lo dispuesto en el artículo 15-undecies del Decreto Legislativo núm. 502/92, todos los organismos que operan en el sector sanitario, en virtud de lo previsto en el artículo 4, párrafo 12 del mismo Decreto, así como las entidades de derecho privado de hospitalización y asistencia científica, deberán adaptar sus reglamentos de personal a

[44] De acuerdo con lo dispuesto en el Convenio Colectivo Nacional para 2016-2018, no se permite el uso de contratos de "*somministrazione*" de personal para los perfiles profesionales de las categorías A y B, ni para los perfiles profesionales también de las categorías C y D asignados a tareas de supervisión e inspección.

[45] A. Gentili, *Le integrazioni tra aziende sanitarie e la gestione del personale: esperienze, opportunità, prospettive*, in *LPA*, 2020, pág. 3.

las disposiciones del propio Decreto, también en lo que respecta a los traslados hacia y desde las estructuras públicas[46].

6. LA CONVERSIÓN FALLIDA EN RELACIÓN A LOS CONTRATOS POR TIEMPO INDEFINIDO

Como se ha anticipado, en caso de abuso en el uso de los contratos de duración determinada, a diferencia de lo que ocurre en el sector privado, no se aplicará la sanción de conversión en contrato indefinido. Esto, en el supuesto de que exista una medida sancionadora alternativa y adecuada, consistente en la indemnización por daños y perjuicios, tal y como se prevé en el artículo 36, epígrafe 5 del Decreto Legislativo núm. 165, del 30 de marzo de 2001, con exención de la carga de la prueba, en la medida y dentro de los límites establecidos en el artículo 32, epígrafe 5 de la Ley núm. 183, de fecha del 4 de noviembre de 2010[47].

Sin embargo, el sector sanitario, incluso aún más que los demás, contribuye a poner de manifiesto todos los límites de la prohibición de reconversión: especialmente ante la escasez estructural de personal[48] y en presencia de razones objetivas dictadas por la necesidad de organizar los servicios sanitarios de manera que se pueda garantizar un constante ajuste entre el número de personal asistencial y el número de pacientes[49]. Por otra parte, es evidente que los contratos laborales de duración determinada se utilizan habitualmente y de forma continuada para realizar tareas que forman parte de las actividades normales del servicio hospitalario ordinario.

En este contexto, es fácil comprender que sería más necesaria que nunca una disciplina "inversa", basada, por un lado, en la flexibilización de los motivos de los contratos de duración determinada y, por otro, en el fomento de la estabilización y la represión de los abusos mediante mecanismos, similares

[46] En cualquier caso, hay que tener en cuenta que en el caso de los organismos afiliados, se aplica una referencia a las normas que rigen las relaciones públicas. Sobre este tema, más recientemente Cas. Civ. Laboral, 12/10/2021, núm. 27782.

[47] No es posible recordar aquí todos los precedentes de la jurisprudencia. Tan solo se mencionan las sentencias recientes más relevantes a nivel de la UE y a escala nacional. Sobre el empleo público en la sanidad, véase la resolución del Trib. Const. núm. 248, del 27 de diciembre de 2018, que declaró infundadas las cuestiones de legitimidad constitucional del artículo 10, apartado 4-ter, del Decreto Legislativo núm. 368, del 6 de septiembre de 2001, y del artículo 36, epígrafes 5, 5-ter y 5-quater, del Decreto Legislativo núm. 165, del 30 de marzo de 2001, por la violación de los artículos 3, 4, 24 y 35, epígrafe 1, 97, epígrafe 4, 101, epígrafe 2, 104, epígrafe 1, 111, epígrafe 2, y 117, epígrafe 1 de la Constitución, en relación con la cláusula 4, epígrafe 1 y la cláusula 5, epígrafes 1 y 2, del Acuerdo Marco sobre el Trabajo de Duración Determinada suscrito con fecha del 18 de marzo de 1999, adjunto a la Directiva núm. 1999/70/CE del Consejo, de 28 de junio de 1999, relativa al Acuerdo Marco de la CES, la UNICE y el CEP sobre el trabajo de duración determinada, así como del artículo 4, epígrafe 3, del Tratado de la Unión Europea, en la medida en que permiten, sin límites y sin medidas preventivas antiabusivas y sancionadoras, la utilización ilegal de contratos de duración determinada para el personal sanitario del Servicio Nacional de Salud durante más de treinta y seis meses. Véase también la sentencia del TJUE de 7 de marzo de 2018, en el expediente C-494/16 (Santoro), que declaró compatibles con la Unión Europea los pronunciamientos contenidos en la sentencia del Tribunal de Casación núm. 5072, Sala de lo Civil, del 15 de marzo de 2016, dictada en el procedimiento en el que había intervenido la sentencia del TJUE, de fecha del 7 de septiembre de 2015, en el caso C-53/04 (Marrosu y Sardino). Véanse también, las siguientes resolución del Tribunal de Casación, núm. 9807, del 26 de mayo de 2020; Cas. núm. 7476, del 19 de marzo de 2020; Cas. núm. 7417, del 17 de marzo de 2020; Cas. núm. 6294, del 5 de marzo de 2020. Véase también Cas. núm. 392, del 13 de enero de 2012.

[48] Sobre esta cuestión, consúltese Esposito, *Note critiche sulla stabilizzazione del personale a termine nel comparto della sanità pubblica*, in Liguori, A. Zoppoli (Ed.), *cit.*, pág. 297.

[49] Sobre la existencia de razones objetivas que justifican los contratos de duración determinada, véase también Trib. Just., Sec. X, sentencia del 14 de septiembre de 2016, caso C-16/15; sentencia del Trib. Just. del 23 de abril de 2009, *Angelidaki* et al., da C378/07 a C380/07, punto 96 y la jurisprudencia citada; del 26 de enero de 2012, *Kücük*, C586/10, punto 27, así como la del 13 marzo 2014, *Márquez Samohano*, C190/13, punto 45.

a los del sector privado[50], con garantías efectivas[51], adecuadas y *equivalentes* para la protección de los trabajadores. En este sentido, incluso la cláusula de estabilización contemplada en el artículo 24 del Convenio Colectivo Nacional para la sanidad privada, que impide de hecho la estipulación ulterior de contratos por duración determinada, en caso de que no se contrate a los trabajadores ya contratados con relaciones flexibles de forma indefinida, representaría un buen model

La búsqueda de una solución en el sector público ha sido objeto de un profundo debate[52] y la jurisprudencia sigue pronunciándose[53], también a nivel europeo[54], pero a decir verdad un elemento adicional para superar este debate reside en la satisfacción en el sector sanitario, mediante el uso de contratos flexibles, que reúnan "al menos tres condiciones objetivas virtuosas": a) se trata de una profesionalidad elevada y específica, que exige originalmente un alto nivel de formación teórica y práctica y el acceso selectivo a los correspondientes cursos de estudio; b) la contratación, incluso en el caso de las relaciones de duración determinada, suele realizarse mediante convocatorias públicas y procesos de selección basados en valoraciones comparativas, respetando así una norma de tipo competencial, que salvaguardaría los valores de la Carta Constitucional señalados para proteger la imparcialidad administrativa; y por último, c) la contratación se basa casi siempre en una necesidad incuestionable de prestar servicios públicos esenciales, que se caracterizan estructural y funcionalmente por la continuidad y la regularidad de la prestación"[55]. Se trataría, por lo tanto, de garantizar mediante esta vía, por un lado, la prevención y la represión de los abusos, con el fin de evitar que "muchos trabajadores precarios se encuentren en su mayoría como terminales sin culpa de torpes políticas de gestión"[56] y, al mismo tiempo, la adquisición de una profesionalidad con competencias ya probadas, mejorando los niveles esenciales de los servicios.

[50] En cuanto a la regulación de los contratos de duración determinada en el seno de la sanidad privada, nos remitimos al artículo 24 del Convenio Colectivo Nacional 2016-2018, que regula la relación laboral de los trabajadores pertenecientes a los centros hospitalarios privados. Estas relaciones se rigen por las disposiciones contenidas en el Decreto Legislativo núm. 81, del 15 de junio de 2015.

[51] Entre otras, Cfr. las sentencias del 3 de julio de 2014; Fiamingo *et al.*, C362/13, C363/13 y C407/13 y la del 26 de noviembre de 2014, Mascolo *et al.,* C22/13, C61/13, C63/13 y C418/13, punto 79.

[52] Cfr. Ales, *L'utilizzo temporaneo del lavoro subordinato nelle pubbliche amministrazioni: un'analisi genealogica,* in Del Punta, Romei (Ed.), *I rapporti di lavoro a termine*, Milán, 2013, pág. 470; D'Aponte, *La disciplina del lavoro flessibile nella p.a. tra tutela dell'interesse al miglioramento dei livelli di efficienza dell'azione amministrativa e repressione degli abusi* y Fiorillo, *Il contratto a tempo determinato nel lavoro pubblico tra interventi legislativi e interpretazione giurisprudenziale*, ambos en Fiorillo y Perulli, *Il lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche*, Turín, 2013, págs. 628 y 673 y ss.; véase también Garilli, *La privatizzazione del lavoro nelle Pubbliche Amministrazioni e l'art. 97 Cost.: di alcuni problemi e dei possibili rimedi*, in *WP C.S.D.L.E. "Massimo D'Antona". IT* - 49/2007, pág. 14.

[53] Existen directrices nacionales y europeas opuestas. Para las sentencias a favor, veáse el Trib. Just. *Marrosu-Sardino* y *Vassallo*, causas C-54/04 e C-180/04 y las del Trib. de Cas. núms. 27481/2014, 392/2012, 4914/2016 y 5072/2016 y la resolución del Trib. Cas. núm. 1767, del 24 de enero de 2017. Sin embargo, son contrarios a la conversión, Trib. Just. *Adeneler* (4 de julio de 2006, Grande Sezione, *Adeneler*, caso C-212/04) y *Mascolo y en las* resoluciones *Affatato* (caso c-3/10 punto 48) y *Papalia,* a la que se hace alusión también parcialmente en la sentencia del Tribunal de Casación núm. 27363, del 23 de diciembre de 2014. En cuanto a esta cuestión, Cfr. Nunin, *Impiego pubblico violazione delle regole su lavoro a termine, adeguatezza delle sanzioni. Spunti recenti dalla Corte di Giustizia*, in *RGL*, 2014, pág. 242 y ss. Sobre el asunto Contini, *La Corte di Cassazione e il danno da abuso del contratto a termine nel pubblico impiego: una storia infinita*, in *ADL*, 2017, pág. 471 y ss.; Putaturo Donati, *Precariato pubblico, effettività della tutela anti-abusiva e nuova questione di legittimità costituzionale*, in *ADL*, 2017, pág. 65 y ss.

[54] Aimo, *Il lavoro a termine tra modello europeo e regole nazionali*, Turín, 2017, págs. 36 y ss. y 64 y ss. Cfr. sentencia Trib. Just. del 8 de septiembre de 2011, *Rosado Santana*, C177/10, pág. 65. Entre otros, Miscione, *Il contratto a termine davanti alla Corte di Giustizia: legittimità comunitaria del d.lgs. n. 368/01*, in *ADL,* 2006, pág. 1369; Nannipieri, *La Corte di Giustizia e gli abusi nella reiterazione dei contratti a termine: il problema della legittimità comunitaria degli artt. 5, d.lgs. n. 368/2001 e art. 36, d.lgs. 165/2001*, in *RIDL*, 2006, pág. 742 y ss.

[55] Esposito*, op. cit.*, pág. 294.

[56] *Ibid.*

Además, la conversión en una relación indefinida aseguraría una ventaja económica, garantizando al mismo tiempo un correcto rendimiento y la eficiencia, teniendo en cuenta, por un lado, las grandes sumas que hay que abonar en concepto de indemnización en comparación con el instrumento menos costoso de la conversión y, por otro lado, las inversiones realizadas en la formación de dicho personal. De hecho, el período de permanencia al servicio de la administración implica un aumento cualitativo de la profesionalidad que, de no ser rentable, sólo conduciría a una considerable pérdida de recursos humanos y económicos. Por otro lado, incluso en el artículo 108 del citado Convenio Colectivo Nacional se prevé expresamente que, aunque en ningún caso una relación laboral de duración determinada puede transformarse en una relación laboral de duración indefinida, sigue siendo posible la contratación a través de los procedimientos de estabilización vigentes en cada momento, con arreglo a las disposiciones legales existentes. Es precisamente esta última disposición la que confirma cómo, en la práctica, a pesar de la inexistencia de obligaciones o de posibilidades de crear puestos estructurales destinados a poner coto a la contratación de personal precario[57], no es posible ignorar la necesidad de encontrar otras soluciones que permitan hacer frente a este problema.

En cambio, en el ámbito de la salud pública, la solución que el legislador ha dado al problema de la falta de consolidación profesional ha sido, durante mucho tiempo, la realización de intervenciones "de emergencia", que ahora se han cronificado. Una vez más, en virtud del período de emergencia del Covid-19, se procedió a prorrogar, además de las relaciones vigentes (como las del personal especializado[58]), también el procedimiento de estabilización que ya se había previsto en el artículo 20 del Decreto Legislativo núm. 75, con fecha del 25 de mayo de 2017[59].

De hecho, a lo largo de estos años ha habido numerosos y repetidos procedimientos de estabilización[60]. Con el resultado paradójico de que la persistente prohibición de la conversión "impide al juez llevar a cabo, tras examinar las situaciones jurídicas subyacentes a cada caso individual, la operación que el legislador puso en marcha, indistintamente, para una masa indeterminada de trabajadores"[61].

[57] Tal y como se recoge en la citada sentencia del TJUE C-16/15.

[58] artículo 3 del Decreto Legislativo núm. 34, del 19 de mayo de 2020, convertido en la Ley con modificaciones núm. 77, del 17 de julio de 2020. Cabe señalar que, además de estas medidas, los médicos inscritos en el último año de formación de especialistas, y en el penúltimo año si cuentan con cinco años de antigüedad, tienen también la posibilidad de redactar de forma independiente los informes de los exámenes y servicios de especialistas relativos a los controles ambulatorios, con la exclusión de determinadas ramas. Véase el Decreto Legislativo del 14 de agosto de 2020, convertido en la Ley núm. 126, del 13 de octubre de 2020, artículo 29, epígrafe 5. Esta actividad realizada por el médico en formación especializada se registra en el cuaderno personal de actividades de formación y constituye un elemento de evaluación del currículo profesional a efectos de acceso al Servicio Nacional de Salud.

[59] Art. 4 bis del Decreto Legislativo núm. 34, del 19 de mayo de 2020, convertido, con modificaciones, en la Ley núm. 77, del 17 de julio de 2020.

[60] El Decreto Legislativo núm. 262, del 7 de abril de 1948, puede considerarse como *"la madre de todas las estabilizaciones"*. Cfr. Ales, cit., pág. 423. D'Aponte, *Razionalizzazione della spesa pubblica e stabilizzazione dei precari nella pubblica amministrazione: le ragioni di un equivoco*, in *LPA*, 2013, pág. 574. El Decreto Legislativo núm. 75, del 25 de mayo de 2017, en el marco de la delegación más amplia de competencias sobre la reorganización de las administraciones públicas (Ley núm. 124/2015), el artículo 20 tiene como objetivo reducir el número de trabajadores precarios en la administración pública a través de la estabilización de los empleados que hayan alcanzado al menos una antigüedad mínima de tres años durante los últimos ocho años, incluidos los trabajadores discontinuos, y los procedimientos de concurso reservados, hasta un máximo del 50% de los puestos disponibles, a los trabajadores precarios de la Administración Pública. En el apartado 10 se prevén normas específicas para el personal sanitario, como veremos más adelante.

[61] Caruso*, La regolazione "a doccia scozzese" del lavoro pubblico. Rigidi, flessibili, precari, di nuovo rigidi,* in *LPA*, 2008, pág. 242. Sobre esta cuestión, véase Cas. Civil, Sec. VI, 14/10/2021, (ud. 11/05/2021, DEP núm. 28087, del 14/10/2021),

7. LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTABILIZACIÓN

La operación puesta en marcha por el legislador a través de los procesos de estabilización, a pesar de todo, parece una opción más "clarividente que la de la compensación, que deja al sistema en la incertidumbre organizativa y al personal en un estado de perpetua temporalidad; una opción que, hay que subrayarlo, requiere un esfuerzo organizativo y financiero extremadamente exigente y supone una aplicación muy peculiar de un principio básico del empleo público (el acceso mediante concurso público), destinado a garantizar no sólo la imparcialidad sino también la eficacia de la administración (artículo 97 de la Constitución italiana)"[62]. Por otro lado, incluso en la fase de pandemia se consideró necesario invertir en dichos procedimientos. De hecho, no sólo se reiteró en una primera fase la adopción de las estabilizaciones ya previstas[63], prorrogándolas hasta el 31 de diciembre de 2021 (véase el art. 1, epígrafe núm. 8, del Decreto Legislativo núm. 183, del 31 de diciembre de 2020, aunque en la actualidad, con motivo de la aprobación de la ley de presupuestos para 2022, se está debatiendo la posibilidad de ampliar los mismos procedimientos y/o proporcionar normas *ad hoc*.

Evidentemente, el eje de estos procedimientos excepcionales es siempre el del interés público, aunque se trate de perfiles muy delicados, que se entrecruzan entre sí y presuponen la participación de diversos sujetos competentes y de valores contrapuestos.

De hecho, como también se destaca en el artículo 20 del Decreto Legislativo núm. 75, del 25 de mayo de 2017, a través de este mecanismo se concilian las necesidades que permiten superar la precariedad laboral, reducir el uso de los contratos temporales y potenciar la profesionalidad adquirida por parte del personal fij [64], pero que, al mismo tiempo, permiten a las administraciones públicas cubrir las vacantes de personal creadas durante las largas fases de congelación de las contrataciones[65].

En cualquier caso, el poder discrecional de las administraciones se ve limitado por la necesidad real de personal y, sobre todo, por el artículo 97 de la Constitución; de lo contrario, la derogación se resolvería como un privilegio que funciona únicamente a favor de algunos[66]. La necesidad de un buen rendimiento, y sobre todo también de la contención del gasto público[67] se encuentra, por lo tanto, sólo incidentalmente, con la necesidad de combatir la precariedad laboral.

A partir de este razonamiento, se entiende que las estabilizaciones puedan categorizarse en dos tipos: las que garantizan el acceso automático cuando el nombramiento inicial se ha hecho siendo condicionado a un concurso, y aquellas que reservan puestos a quienes han acumulado antigüedad sin haber accedido al contrato en virtud de procedimientos de selección. Existen, por consiguiente, dos tipos confirmados en las últimas estabilizaciones dentro del sector sanitario, introducidas por el Decreto Legislativo núm. 75, del 25 de mayo de 2017, cuyos plazos para su conclusión se han ampliado en varias ocasiones, la última con el Decreto denominado como el de las mil prórrogas ("*mille proroghe*"), que probablemente vuelva a ampliarse.

A la luz de lo dispuesto en el Decreto Legislativo núm. 75, del 25 de mayo de 2017[68], los organismos del Sistema Nacional de Salud podrán convocar procedimientos de concurso extraordinario

[62] Sentencia del Trib. Const. núm. 187, del 20 de julio de 2017, y la del Trib. Const. núm. 181, del 5 de mayo de 2006. También sobre esta cuestión puede consultarse D'Aponte, *Ancora sulla "stabilizzazione*…. cit.

[63] V. infra. La prórroga de esta estabilización estaba prevista en el artículo 4 bis del Decreto Legislativo núm. 34, del 19 de mayo de 2020, convertido en la Ley con modificaciones núm. 77, del 17 de julio de 2020

[64] Tribunal Constitucional - 12/02/2021, núm. 20.

[65] Caruso, cit., pág. 221 y ss.

[66] Trib. Const. sentencias núms. 42/2011 y 127/2011. D'aponte, *La disciplina del*..., *cit*. Sobre esta cuestión, véase Guariso, *Cittadinanza e lavoro pubblico*, in *LD,* 2009, pág. 579.

[67] Así lo confirma la sentencia del Trib. Const. núm. 69, del 3 de marzo de 2011.

[68] Artículo 20, epígrafes 10 y 11. Estas disposiciones se aplican al personal técnico-profesional y de enfermería del Servicio Nacional de Salud italiano, así como al personal de las administraciones financiadas por el Fondo ordinario para los organismos e instituciones dedicadas a la investigación, aunque hayan trabajado durante tres años durante los últimos ocho años en diferentes administraciones u organismos e instituciones de investigación respectivamente.

para la contratación de personal médico, técnico-profesional y de enfermería que permitan cubrir las necesidades derivadas de las exigencias de personal[69].

Como parte de los mismos procedimientos, entonces, las entidades del Servicio Nacional de Salud italiano podrán reservar las plazas disponibles, hasta un máximo del 50 por ciento[70], al personal médico, técnico y profesional y de enfermería en servicio, que haya acumulado en la fecha de publicación de la convocatoria, al menos tres años de servicio, incluso discontinuos, durante los últimos cinco años, con contratos de duración determinada, contratos de colaboración coordinada y continua u otras formas de relación laboral flexible suscritos con las mismas instituciones

Obviamente, este remedio no es totalmente gratuito, ya que, como lo confirma el Tribunal Constitucional en su auto núm. 194, del 12 de agosto de 2020la estabilización debe estar prevista dentro de los límites de lo establecido en la ley y no podrá ser derogada por las administraciones individuales o a escala regional[71].

Por otra parte, todas estas disposiciones "se aplican dentro del marco financiero previsto". Los límites sustanciales, por lo tanto, vuelven a ser los de la planificació de las necesidades y, sobre todo, los de la contención del gasto. Sin embargo, ambas limitaciones corren el riesgo de entrar en conflicto: la segunda podría no ser compatible con la primera si los recursos económicos son insuficientes

Pero eso no es todo. En primer lugar, la práctica de prever la legitimidad de la prórroga de los contratos de duración determinada para los trabajadores implicados en el procedimiento genera algunos problemas. "Con la intención primordial de no provocar soluciones de continuidad en la prestación de los servicios asistenciales esenciales y de permitir a los derechohabientes seguir garantizando en la prestación de la asistencia sanitaria sus conocimientos técnicos a la espera de que sea establecido el procedimiento de estabilización"[72], la prórroga lo que hace en realidad es prolongar la situación de precariedad. Sobre todo teniendo en cuenta los considerables retrasos con los que

Cfr. la Circular núm. 3 del año 2017, del Ministro para la simplificación y la administración pública. Evidentemente, los empleados fijos de un organismo público no pueden participar en los procedimientos de la denominada estabilización de trabajadores precarios, puestos en marcha en virtud del artículo 20 del Decreto Legislativo núm. 75 del año 2017 (Consejo de Estado, Sección tercera, 3 de febrero de 2020, núm. 872). Cabe señalar que también se produjo una ampliación de los plazos (hasta el 31 de diciembre de 2021) con del Decreto Legislativo núm. 162 de 30 de diciembre de 2019, convertida en ley. núm. 8, del 28 de febrero de 2020.

Cfr. tanto el Decreto del Presidente del Consejo de Ministros (DPCM), del 6 de marzo de 2015, como el artículo 1, epígrafe 543, de la Ley núm. 208, del 28 de diciembre de 2015. Sobre los requisitos de los procedimientos, véase también la resolución del Tribunal de Apelación de Bari núm. 1695, Sección Laboral, del 5 de octubre de 2018.

[69] "En las anteriores disposiciones reglamentarias (la Ley de Finanzas para el año 2007 y el Decreto Legislativo núm. 101, del 31 de agosto de 2013, la elección se había inspirado en dos lógicas completamente distintas: en la primera versión, se permitía la estabilización también a quienes no habían realizado una prueba de oposición para el acceso inicial (la Directiva Ministerial núm. 7, del 30 de abril de 2007 regulaba expresamente este caso estableciendo la obligación de nuevos procedimientos de selección); en la segunda versión de las estabilizaciones (la del Decreto Legislativo núm. 101, del 31 de agosto de 2013, en cambio, el legislador optó por una vía más restrictiva, consistente en la obligación de reservar únicamente el derecho a participar en los procedimientos de contratación a quienes hubiesen acumulado determinados requisitos mejor especificados en la disposición". Monea, *Stabilizzazione solo per chi ha vinto un concorso*, *in Sanità24*, 14 de junio de 2017.

[70] Sobre la posibilidad de convocar concursos reservados íntegramente al personal precario, véase Tribunal Administrativo Regional (TAR) de Sicilia, Sección II, sentencia núm. 234, del 29 de enero de 2019. Esta interpretación, sin embargo, no es del todo impecable. Sobre este tema véase Avondola, *Via libera del Tar alle stabilizzazioni "no limits",* in *Labor,* 2019, pág. 463. Véase también a sentencia del Constitucional núm. 7070, del 18 de octubre de 2019.

[71] Cabe señalar que el caso tratado por el Tribunal Constitucional, considerado en su conjunto, es más complejo, ya que se refiere al personal transferido desde empresas participadas por la administración pública

[72] Véase la Circular del *Commissario ad Acta* (funcionario público designado por el juez administrativo en el marco de la sentencia de cumplimiento para dictar las medidas que la administración incumplidora debería haber dictado *ad actum*), para la continuación del Plan de Recuperación del Déficit del sector sanitario en la Región de Campania, en virtud del protocolo núm. 1868, con fecha del 11 de mayo de 2015.

se ejecutan las estabilizaciones y las repetidas prórrogas, incluida la dictada por la emergencia de Covid-19 [73] y por aquellas que puedan darse en el futuro.

Además, el riesgo de (no) contabilizar la antigüedad de los trabajadores estabilizados es problemático[74]. Este aspecto es un corolario lógico del régimen de contratación estabilizado y es lo que permite aún distinguir la fina línea que separa a la conversión de la nueva contratació [75].

En este sentido, la estabilización, más que ser un "sustituto"[76] de la no conversión de las relaciones de duración determinada, representa una mera oportunidad reservada a aquellos que, aunque no sean indefinidos, se consideran ya como funcionarios. Esto también se desprende de la disposición del legislador que permite la estabilización para las relaciones que ya han finalizado, es decir, en relación con las relaciones no continuas. En cualquier caso, como también reconoce el Tribunal Europeo[77], este perfil puede ser discriminatorio. No se trata de una discriminación inversa basada en el supuesto de que los procedimientos de estabilización son una excepción al principio de concurso público. Tampoco puede argumentarse que los trabajadores acogidos a los procesos de estabilización acceden a su carrera mediante oposiciones "privilegiadas", por ser menos rigurosas o atractivas o, también, caracterizadas por un menor grado de competencia[78]. En cualquier caso, el

[73] La prórroga sólo se permite a aquellos que toman parte en los procedimientos. Si las administraciones pretenden acceder a los procedimientos especiales de contratación, pudiendo indicar los profesionales a contratar en función de los recursos y necesidades, con el fin de garantizar la continuidad de los servicios, podrán proceder a la renovación o a la prórroga de los contratos existentes, respetando los límites legales establecidos, incluso antes de iniciarse los procedimientos.

[74] Spada, *cit.*, 359; Zitti, *cit.* Los problemas para calcular la antigüedad también surgen en el caso de las relaciones de duración determinada que aún no se han estabilizado. Cfr. Auto del Trib. de Cas. núm. 29540, del 11 de diciembre de 2017, recordando el dictado por el TJUE (15/04/2008, caso C-268/06, *Impact*; 13.9.2007, caso C-307/05, *Del Cerro Alonso*; 8.9.2011, caso C-177/10 *Rosado Santana*). Los incrementos salariales derivados de la antigüedad de un trabajador constituyen condiciones de empleo, en el sentido previsto en la cláusula 4 del Acuerdo Marco sobre Contratos de Duración Determinada. Por lo tanto, sólo pueden negarse a los trabajadores con un contrato de duración determinada cuando exista una justificación objetiva (TJUE 9 de julio de 2015, en el caso C-177/14, *Regojo Dans*, punto 44, así como en la jurisprudencia mencionada). Véase la resolución del TJUE C-466/2017, del 20 de septiembre de 2018. Para la jurisprudencia nacional, entre otros, véase la resolución del Trib. Cas. núm. 29275, del 6 de diciembre de 2017; véase también la sentencia del Trib. de Tivoli, Sección Laboral, núm. 834, del 27 de septiembre de 2017, in Redazione Giuffrè, 2017 y, también la del Trib. Cas. núm. 33140, del 16 de diciembre de 2019; Trib. Cas. núm. 31149, del 28 de noviembre de 2019; Trib. Cas. núm. 30573, del 22 de noviembre de 2019. Véase, por último, el Tribunal de Roma, Sección Laboral núm. 1595, del 18 de febrero de 2019.

[75] En virtud de la orden núm. 1927, del 13 de mayo de 2011, en *FI*, 2011, 302, relativa al empleo público no contractualizado, el Consejo de Estado precisó que la estabilización no supone una amnistía para el empleo ilegal de duración determinada, ya que ello quedaría excluido por la norma que prohíbe la conversión de los contratos de duración determinada. Esto supone poner a cero la antigüedad anterior. Una vez resuelta la cuestión de la compatibilidad con el Derecho interno, se solicitó al Consejo de Estado que se pronunciara sobre la compatibilidad de la legislación con el Derecho comunitario, a la luz de lo dispuesto en el texto del epígrafe 4 de la cláusula 4 del Anexo de la Directiva núm. 1999/70/CE, según el cual "los criterios de antigüedad relativos a las condiciones laborales particulares deberán serlos mismos para los trabajadores con contrato de duración determinada que para los trabajadores fijos, a no ser que estén justificados criterios de antigüedad diferentes por razones objetivas". De ahí la remisión del asunto al Tribunal de Justicia.

[76] Cfr. Del Vecchio, *Della stabilizzazione in ruolo del personale precario nelle aziende sanitarie in particolare in Campania,* in *Ragiusan*, 2010, pág. 316.

[77] sentencia del TJUE del 8 de septiembre de 2011, C-177/10, cit., págs. 65-70; TJUE C-302/11, del 18 de octubre de 2012, *R. Valenza* v. *Agcom*, puntos 42-44, in *LPA*, 2012, 1189, con nota de Costa, *Sul diritto agli scatti di anzianità dei lavoratori temporanei: la parità di trattamento riguarda le carriere lavorative*. En su auto del 7 de marzo de 2013, en el proceso C-393/11, el TJUE repasa el caso y sus propios precedentes en la materia, señalando que las razones objetivas no pueden consistir en la mera circunstancia de haber trabajado con un contrato de trabajo de duración determinada.

[78] Algunos dictámenes han excluido el reconocimiento de la antigüedad porque el procedimiento de estabilización es una nueva contratación, en relación con la cual el contrato de duración determinada es un mero requisito previo (Trib. de Roma, 4 de mayo de 2010, nº 7731, Trib. Roma, 2 de julio de 2010, nº 11790 y Trib. Roma, 20 de enero de 2011, nº 832, todas ellas en *LPA*, 2011, pág. 484. La Circular núm. 5/2008 de la Presidencia del Consejo -

concurso de acceso a los contratos de duración determinada tiene el mismo atractivo, sobre todo en los casos de bloques de rotación, si no es por otra razón, porque no hay ninguna alternativa válida para entrar en la función pública. Además, de esta manera se crea la esperanza de que tarde o temprano llegará una estabilización.

En consecuencia, aunque el objetivo de no contabilización sea evitar el perjuicio a los empleados fijos, la discriminación basada únicamente en el tipo de contrato no estaría legitimada[79]. Por lo demás, este razonamiento hace comprensibles las razones que subyacen en el epígrafe 5 del artículo 109 del Convenio Colectivo de Gestores Sanitarios, en el que se prevé expresamente que, en caso de contratación con carácter indefinido, los períodos de trabajo con contrato de duración determinada ya realizados por el gestor en la misma Empresa o Institución, contribuirán a determinar la antigüedad requerida para la aplicación de determinadas instituciones contractuales.

8. LOS RIESGOS DE EXCLUSIÓN DE DETERMINADAS CATEGORÍAS DE TRABAJADORES TEMPORALES

También encontramos otros perfiles discriminatorios en los procesos de estabilización entre los que ya están empleados con contratos de duración determinada. Por otra parte, la previsión de los plazos en los que se pueden alcanzar los 36 meses para acceder a los procedimientos "no resuelve en absoluto el problema de la precariedad laboral en el sector de la sanidad, ya que excluye a un gran número de trabajadores precarios que han superado de todos modos el tope de los 36 meses, pero que no han tenido la suerte de alcanzarlo durante el período [80] establecido".

Además, la normativa excluye a quienes, a pesar de tener un contrato de duración determinada, son trabajadores temporales[81] y, por lo tanto, no pueden ser considerados como empleados de las empresas sanitarias, aunque realicen actividades similares y las mismas tareas que estos, quizá incluso durante el mismo tiempo[82]. Una vez más, en esta perspectiva, surge la necesidad de respetar el principio de competencia, obviando sin embargo que, a menudo, en el sector sanitario una gran parte de las relaciones laborales recurren precisamente a la suscripción de contratos de "*somministrazione*"[83], máxime cuando esta herramienta, como también se destaca en el Convenio Colectivo Nacional para los trabajadores sanitarios 2016-2018, es la que mejor refleja la necesidad de rentabilidad y programabilidad de las urgencias[84].

Departamento de la Función Pública también apoya esta tesis. Véase también el Tribunal Administrativo Regional (TAR) de Roma, 4 de mayo 2009, núm. 4464, in *FA TAR*, 2009, 5, pág. 1405. En sentido contrario, el Trib. de Génova, 25 de marzo de 2011, in *DL*, 2011, pág. 369; Trib. de Génova, 28 de enero de 2011, in *GC*, 2011, pág. 1870; Trib. de Milán, 27 de enero de 2011, in *DL*, 2011, pág. 136; Trib. de Bolzano, 26 de marzo de 2010, in *GM*, 2010, pág. 2709; Trib. Ap. de Turín, 24 de julio de 2009, in *DL*, 2010, pág. 219.

[79] Trib. de Turín, 9 de noviembre de 2009 y 5 de diciembre de 2009, in *RIDL*, 2010, II, pág. 554.

[80] Véase el anexo explicativo en donde se responde a la pregunta presentada ante la Comisión Europea por Eleonora Florenza, miembro de la Mesa del Parlamento Europeo, sobre «*Trabajadores sanitarios precarios en Italia: discriminación entre los trabajadores precarios que llevan más de 36 meses de servicio en violación de las directivas europeas y de la sentencia del Tribunal de Justicia*».

[81] Véase sobre los requisitos de acceso de los trabajadores temporales, Tribunal Administrativo Regional (TAR) de Campania, 19 de julio de 2021, pág. 4743.

[82] Sobre este tema véase el auto cautelar núm. 16958, de fecha del 5 de julio de 2019, del Tribunal de Nápoles, Mautone, *Stabilizzazioni. Il giudice del lavoro apre al lavoro interinale. Ordinanza cautelare, ora si attende il merito*; Quotidiano Sanità, 8 de julio de 2019, http://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=75604.

[83] De Pietro ya en 2005, in *Il lavoro interinale degli infermieri: il punto di vista delle Agenzie per il Lavoro*, in AA.VV., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia.* En el Informe Oasis 2005, (Egea, pág. 427), se afirma que seis de las ocho agencias que participaron en la investigación emplean exclusivamente a enfermeros(as) extranjeros(as).

[84] Art. 59, epígrafe 3. La cuestión de la inclusión en el proceso de estabilización se había planteado al Tribunal Constitucional en relación con el artículo 3 del Proyecto de Ley de la Región de Sicilia, aprobado por la Asamblea Regional del 14 de junio de 2011 (núm. 582-590-606), en el que se preveía la ampliación a los trabajadores de empresas mixtas, y en relación contractual con las autoridades sanitarias y hospitalarias provinciales, así como

En cualquier caso, parece que el segundo tipo de estabilización mencionado anteriormente[85], que incluye tanto a estos trabajadores como a los contratos de colaboración coordinada y continuada, ofrece un compromiso justo[86].

9. LAS PERSPECTIVAS DE FUTURO: LA VALORIZACIÓN DE LAS EXPERIENCIAS FLEXIBLES EN LOS PROCEDIMIENTOS ORDINARIOS DE SELECCIÓN

A la luz del marco descrito, es evidente que sería preferible que la legislación definiera principios y criterios más precisos, con el fin de garantizar una "gestión óptima de la organización del personal" mediante formas racionales de flexibilida [87], al tiempo que se garantiza la consolidación de la profesionalidad ya establecida. Esto es claramente diferente de lo que se prevé para el sector privado, en donde no sólo la conversión es la norma, sino que, además, tal y como se prevé en el artículo 24 del Convenio Colectivo Nacional suscrito el 8 de octubre de 2020 para el sector de la sanidad privada, la estabilización de al menos el 25% del personal de duración determinada es una condición para poder tener "luz verde" para celebrar más contratos de duración determinada, dentro de los límites marcados por los artículos 19 y siguientes del Decreto Legislativo núm. 81, del 15 de junio de 2015.

Un tímido paso hacia la superación del problema de la devaluación de la profesionalidad adquirida mediante el uso del trabajo flexible y externalizado puede verse en la intención, mostrada en el curso de los últimos años, de potenciar dicha experiencia laboral en los procedimientos ordinarios de selección. Y este paso parece darse conjuntamente por el legislador, la negociación colectiva y la jurisprudencia constitucional.

---

con las autoridades hospitalarias universitarias, en servicio el 31 de diciembre de 2008, de las formas especiales de estabilización de las relaciones laborales previstas por la legislación estatal para los trabajadores empleados en actividades de utilidad social y por las leyes regionales, que implican la contratación mediante procedimientos de selección reservados. Sin embargo, el Tribunal, en su sentencia núm. 316 del 23 de noviembre de 2011, no se pronunció sobre este punto y declaró cerrado el asunto en litigio. Sobre la administración como "trampolín", véase Martini, *Lavoro temporaneo, prospettive di stabilizzazione e ruolo delle agenzie per il lavoro: il caso del lavoro in somministrazione in provincia di Milano* in *Quad, Ec. Lav*., 2010, pág. 39.

[85] Como se aclara en la Circ. 3/17 ya citada, el artículo 20, epígrafe 1 del Decreto Legislativo núm. 75, del 25 de mayo de 2017, se aplica al personal no directivo con contratos de duración determinada. Por otro lado, el art. 20, epígrafe 2 relativo al "personal no directivo que sea titular de cualquier contrato de trabajo flexible: también los contratos de colaboración coordinada y continuada, con al menos 3 años de contrato".

[86] Como se confirma en la sentencia núm. 612 del Tribunal Administrativo Regional de Ancona, en la Región de las Marcas, con fecha del 19 de julio de 2017, la ampliación del acceso a favor de los trabajadores que tienen una relación laboral parasubordinada constituye una mera facultad. En la Ley núm. 125 del 30 de octubre de 2013 se establece que las administraciones públicas podrán convocar concursos para la contratación indefinida, reservando el acceso a quienes hayan cumplido, durante los últimos cinco años, al menos tres años de servicio con un contrato de trabajo subordinado de duración determinada con la administración. Esta disposición también se aplica a los organismos del Servicio Nacional de Salud, en virtud del posterior Decreto del Presidente del Consejo de Ministros (DPCM), con fecha del 6 de marzo de 2015, según el cual el personal médico con al menos cinco años de servicio continuado antes de la expiración de la convocatoria podrá optar por tomar parte en los concursos de contratación. No existen disposiciones especiales para los contratos parasubordinados u otros tipos de cesión realizados en el Sistema Nacional de Salud. Por otro lado, en el artículo 1, epígrafe 543, de la Ley núm. 208, del 28 de diciembre de 2015, 208, se introduce la posibilidad de convocar un procedimiento de concurso ampliado también a los titulares de contratos de colaboración y otras formas de empleo flexible. Cfr. La Banca, *Nei concorsi estensione facoltativa ai lavoratori parasubordinati*, in *Sanità24*, 2 de agosto de 2017. Sobre esta cuestión véase también, *La strana storia delle stabilizzazioni dei lavoratori precari nel settore pubblico*, in *LPA*, 2018, pág. 19. Puede hacerse una última reflexión en relación con los llamados falsos autónomos que, en cambio, podrían acceder al primer tipo de estabilización. Véase el auto núm. 1025, del Trib. de Frosinone, Sección Laboral, de 5 de diciembre de 2019.

[87] Véanse Zoppoli L., *Flessibilità, modelli organizzativi e rapporti di lavoro nella sanità*, nonché Liguori, *Flessibilità e modelli organizzativi del S.S.N.*, in Liguori, Zoppoli A. (Ed.)*,* cit., pág. 28 y ss. Véase también Alessi, *Alcune considerazioni sul modello contrattuale nella sanità. Le necessità emergenti*, in Carrieri, Nastasi (a cura di), *cit.*, pág. 300 y ss.

De hecho, ya no era posible ignorar la oportunidad de invertir en concursos que potenciaran la experiencia adquirida en el sector mediante el uso de contratos flexible [88], creando así un puente entre estas relaciones, incluidas las temporales, y la futura contratación estable. De este modo, se da la posibilidad de poner en marcha nuevos procedimientos de selección para la contratación de personal fijo en determinadas categorías, potenciando la experiencia profesional adquirida también en la realización de servicios de trabajo flexible, en virtud de lo dispuesto en el artículo 30 del Decreto Legislativo núm. 81, del 15 de junio de 2015[89]. Esto, por supuesto, dentro de los límites de gasto establecidos por el legislador.

Por otra parte, incluso el convenio colectivo de gestión mencionado anteriormente, en el artículo 109, párrafo 5, tiene el mérito de reconocer que los períodos de empleo, en virtud de un contrato de duración determinada y el correspondiente nombramiento directivo otorgado, se valoran adecuadamente en el ámbito de los procedimientos de contratación de la misma o de otra administración, en función de los requisitos o criterios relacionados con la duración de dichos periodos y la correspondencia entre la profesionalidad exigida en los puestos de trabajo que deben cubrirse y la experiencia adquirida en las relaciones laborales de duración determinada.

Estas disposiciones se ajustan perfectamente a la lectura de la sentencia del Tribunal Constitucional núm. 20, del 14 de febrero de 2020, que consideró legítima la asignación de una puntuación *ad ho*c en la valoración del currículum de los trabajadores temporales que permitiese el acceso a los concursos para el establecimiento de relaciones por tiempo indefinid [90]. Dicha disposición no supone ninguna discriminación, habida cuenta de la protección de los derechos constitucionales que están en juego, ni perjudica a los trabajadores contratados que hayan suscrito contratos de duración determinada, ya que, como también se ha dicho en los párrafos anteriores, pueden tomar parte en procedimientos de contratación extraordinarios, mientras que los trabajadores empleados en empresas sanitarias con procesos de externalización sólo pueden participar en procedimientos de concurso ordinarios.

Por otro lado, en lo que se atañe a los procedimientos ordinarios en los que pueden tomar parte ambas categorías de trabajadores, no habrá discriminación para quienes hayan trabajado para entidades sanitarias, ya que el servicio realizado se valorará como calificación de la carrera profesional, y por tanto de forma más incisiva, mientras que para quienes hayan trabajado de forma temporal o como empleados de cooperativas para empresas sanitarias, la actividad realizada sólo se considerará a efectos de valoración del currículum. Además, a la Comisión encargada del concurso le corresponde, en todo caso, hacer una distinción ponderada y razonada entre la valoración de las actividades

[88] Sobre esta cuestión, véase la información facilitada más adelante.

[89] Artículo 2, epígrafe 5 bis., del Decreto Legislativo núm. 34, del 19 de mayo de 2020, convertido en la Ley núm. 77, con fecha del 17 de julio de 2020.

[90] La disposición regional infringe el epígrafe 3º del artículo 117 de la Constitución, en la medida en que vulnera los principios fundamentales relativos a la protección de la salud establecidos por las disposiciones relativas a los criterios de evaluación de las cualifica iones en el marco de las normas que rigen los concursos de personal del Servicio de Salud, que figuran en el artículo 11 del Decreto de la Presidencia de la República núm. 220, del 27 de marzo de 2001 (Reglamento por el que se establecen las normas que rigen los concursos de personal no directivo del Servicio Nacional de Salud) y en el artículo 11 del Decreto de la Presidencia de la República núm. 483, del 10 de diciembre de 1997 (Reglamento por el que se establecen las normas que rigen los concursos de personal directivo del Servicio Nacional de Salud), emitido en aplicación del artículo 18, epígrafe 1, del Decreto Legislativo núm. 502, del 30 de diciembre de 1992 (Reorganización de la normativa en materia sanitaria, de conformidad con lo previsto en el artículo 1 de la Ley núm. 421, del 23 de octubre de 1992). En concreto, la defensa del Estado alega que la disposición autonómica entra en conflicto con los criterios de valoración del currículo profesional y formativo establecidos por la legislación estatal, al modificar y complementar la parrilla que establece los criterios de valoración de las titulaciones, que también afecta a la discrecionalidad otorgada a la comisión, en cuanto que le obliga a otorgar una puntuación específica en relación con los años de trabajo realizados, solo al personal sanitario que haya sido contratado por las agencias regionales de salud mediante procesos de externalización.

realizadas directamente y la valoración de las realizadas a través de procesos de externalización, atendiendo a la diferente naturaleza de los respectivos tipos de relación laboral.

Por lo tanto, hay que considerar que, a la luz de estas medidas, la mejor consecución de los intereses del sector sanitario, y especialmente la protección del derecho a la salud, sólo puede lograrse mediante la contratación de quienes hayan adquirido una profesionalidad probada a través de formas flexibles de trabajo. Por otra parte, las medidas legislativas de urgencia adoptadas en este ámbito han demostrado cómo el establecimiento y la continuación de las relaciones con el personal que ya colabora con el sistema sanitario mediante acuerdos de trabajo flexible es un elemento fundamental e indispensable para la continuidad de los servicios esenciales, lo que confirma, como se verá, la oportunidad de mejorar este tipo de experiencias.

10. LAS TIPOLOGÍAS EN LA EMERGENCIA SANITARIA: ENTRE LA FLEXIBILIDAD LABORAL Y EL TRABAJO AUTÓNOMO

De hecho, desde el estallido de la pandemia, ha sido necesario adoptar medidas totalmente extraordinarias para hacer frente a la crisis sanitaria de forma inmediata y responder a una necesidad predominantemente extraordinaria y reversible, lo que ha permitido que las Regiones y las Provincias Autónomas puedan contratar con gran rapidez a profesionales con relaciones laborales flexibles

De hecho, incluso por derogación de la legislación vigente[91] y dentro de los límites de los nuevos recursos asignados (660 millones de euros previstos por el Decreto Legislativo núm. 14/2020, que se vieron aumentados hasta los 770 millones de euros, en virtud del Decreto Legislativo núm. 18/2020[92], con el objetivo de aumentar el personal sanitario, se ha previsto que los profesionales sanitarios puedan ser contratados de forma autónoma, incluso sobre la base de una colaboración coordinada y continuada (incluidos los médicos en sus últimos y penúltimos años de especialización y los médicos y enfermeros jubilados). Estos nombramientos también pueden afectar a aquellos licenciados cualificados que no tengan nacionalidad italiana, siempre que se reconozcan sus cualificacione [93]. Estos nombramientos tienen una duración máxima de 6 meses, que puede prorrogarse si continúa el estado de emergencia.

En el artículo 1, epígrafe 3, del Decreto-Ley núm. 18/2020 también se preveía un aumento de 100 millones de euros en la parte de la financiación sanitaria actual para 2020, que pueden asignar las entidades y empresas del Servicio Nacional de Salud para la concesión de asignaciones de trabajo independiente (incluida la colaboración coordinada y continuada) a los miembros de los colegios de profesiones sanitarias, incluidos los médicos, así como asignaciones de trabajo independiente a

[91] Se trata de las normas que en las administraciones públicas limitan tanto la posibilidad de recurrir a contratos de trabajo por cuenta propia como la asignación de tareas a personas que ya perciben una pensión. Se han hecho excepciones con referencia a las regiones y a las provincias definidas como "zonas rojas" en el Decreto del Presidente del Consejo de Ministros (DPCM). 1 de marzo de 2020: en las regiones de Emilia-Romaña, Lombardía y Véneto y en las provincias de Pesaro, Urbino y Savona. Posteriormente, tras el agravamiento de la emergencia sanitaria, el artículo 1 del Decreto-Ley núm. 14/2020 (actual artículo 2-bis del Decreto-Ley núm. 18/2020) vino a ampliar el ámbito de aplicación de las normas transitorias a todo el territorio nacional, con el objetivo específico de aumentar el personal necesario para reforzar las unidades de cuidados "intensivos y subintensivos" necesarias para tratar a los pacientes afectados por el COVID-19.

[92] Recordamos que en la Ley núm. 27, del 24 de abril de 2020, se dispuso (en su artículo 1, epígrafe 2) que "quedan derogados los Decretos Ley núm. 9, del 2 de marzo de 2020, el núm. 11, del 8 de marzo de 2020 y el núm. 14, del 9 de marzo de 2020". Los actos y las medidas adoptadas mantendrán su validez y los efectos producidos y las relaciones jurídicas surgidas en base a los mismos Decretos-Leyes núm. 9, del 2 de marzo de 2020, el núm. 11, del 8 de marzo de 2020 y el núm. 14, del 9 de marzo de 2020 no se verán afectadas".

[93] De hecho, en su artículo 12 se establece que, mientras persista el estado de emergencia, en el caso de que resulte imposible la contratación de personal, se podrán mantener en servicio a los directivos médicos y sanitarios, así como al personal del sector sanitario y a los agentes sociales y sanitarios, pudiendo derogar incluso los límites establecidos por las disposiciones vigentes para la jubilación (artículo 13), permitiéndose el ejercicio temporal de la profesión sanitaria a los profesionales que hayan obtenido su titulación en el extranjero.

médicos y enfermeros jubilados. Estos recursos vienen a sumarse a los que se pueden destinar (entre otros fines) a los mismos nombramientos y que se establecen para cada región (o provincia autónoma) por el Decreto Directivo del 10 de marzo de 2020, de acuerdo con su artículo 1, epígrafe 1, letra a), y los apartados 2 a 6, además del artículo 17 del Decreto-Ley núm. 9/2020.

Como ya observó el Tribunal de Cuentas en la Memoria sobre el Decreto Legislativo núm. 18/2020 elaborada para el Parlamento, con fecha del 25 de marzo de 2020, hay que señalar que el marco normativo que se ha configurado podría, por lo tanto, permitir la celebración de contratos de trabajo autónomo, limitados en el tiempo, estrictamente relacionados con la emergencia sanitaria en curso, no sólo con personal jubilado sino con toda probabilidad y en mayor medida, con personal en tramos de edad más jóvenes y que no tiene (o ha mantenido) una relación laboral con el Servicio Nacional de Salud. También en este caso cabe señalar que, al tratarse de una modalidad de contratación totalmente excepcional y, por tanto, ajena al marco normativo que normalmente se aplica a la contratación, debe prestarse la debida atención a la utilización de este instrumento extraordinario y derogatorio para no generar, una vez superada la emergencia, la consolidación de procedimientos menos rigurosos que los ordinarios de contratación por parte de las empresas sanitarias, por un lado, y expectativas de estabilización por parte de los trabajadores, por otro.

El marco normativo que lo permitía está muy bien articulado y se caracteriza por una avalancha de normas (véanse los artículos 2 y 4 del Decreto-Ley núm. 14/2020, absorbido por el Decreto-Ley núm. 18/2020 como art. 2-quinquies; artículos 2, 2-bis; 2-ter y 2-quater, Decreto-Ley núm. 18/2020; Decreto-Ley núm. 52/2021; artículo 1, epígrafe 424 de la Ley núm. 178 de 2021) aunque a nivel general podría decirse, -como se desprende del Informe del Tribunal de Cuentas 2021, que se ha recurrido ampliamente a los contratos de autónomos, así como a los de duración determinada y a los contratos de "*somministrazione*".

Entre otras disposiciones, destacamos el Decreto Legislativo núm. 18 (en su artículo 2-bis, epígrafe 2), en donde se preveía la posibilidad de contratar personal de profesiones sanitarias y sociosanitarias, así como a médicos especialistas, matriculados en el último y el penúltimo año de las escuelas de especialización, mediante la atribución de tareas independientes, incluida la colaboración coordinada y continuada, por un período no superior a los seis meses, prorrogable en el caso de mantenerse el estado de emergencia. Los médicos especialistas seguían inscritos en la escuela universitaria de especialización y seguían percibiendo la remuneración prevista en el contrato de formación de médico especialista, complementada con los emolumentos abonados por el trabajo realizado. Esta norma permitía recurrir a las relaciones con trabajadores autónomos con 4.068 postgraduados, 2.250 médicos especialistas, 5.616 médicos cualificados, pero no especializados y 2.296 enfermeros(as). Además de estos, había más de 3.867 empleados de profesiones sanitarias y de otro tipo. 18.097 empleados de un total de 83.180 movilizados (es decir, el 22,7%). En el epígrafe 5 del mismo artículo se preveía también la posibilidad de contratar a trabajadores independientes, incluso de colaboración coordinada y continuada, con una duración no superior a los seis meses, y en todo caso, dentro del plazo de finalización del estado de emergencia, a los directivos médicos, veterinarios y personal sanitario, así como al personal ya jubilado del sector sanitario. Esta norma ha permitido la contratación de 971 médicos y de 363 enfermeros(as), principalmente en las regiones del norte (696 médicos y 348 enfermeros/-as).

También ha contribuido de forma significativa la posibilidad de hacer contratos individuales de duración determinada, previa convocatoria pública, al personal de las profesiones sanitarias y a los trabajadores sociales y sanitarios, incluidos (aunque por un período de seis meses) los médicos que se encuentran en fase de especialización y que están inscritos regularmente en el último y el penúltimo año de los estudios de especialización. En este último caso, esta posibilidad ha sido aprovechada por un número inferior de posgraduados que en el caso de las relaciones por cuenta propia (971 casos). Las contrataciones individuales fueron utilizadas principalmente por enfermeros(as) y otros trabajadores

sanitarios (16.565 enfermeros y 12.605 trabajadores sanitarios, respectivamente), mientras que 1.844 médicos fueron contratados de esta manera. Una contribución limitada, pero no menos importante, ha sido la posibilidad de emplear personal con titulaciones obtenidas en el extranjero (según lo previsto en el artículo 13 del Decreto Legislativo núm. 18/2020). También en este caso se trata de médicos (133), enfermeras(as) (125) y otras profesiones sanitarias (20), casi exclusivamente en el norte durante las fases más agudas de la crisis sanitaria.

En cuanto a la flexibilización de las urgencias, cabe mencionar las unidades especiales de continuidad asistencial (USCA), que con el objetivo de permitir que el médico de cabecera o el pediatra de libre elección o el médico garantice la actividad asistencial ordinaria, las regiones han creado en un centro de continuidad asistencial ya existente, una unidad especial por cada 50.000 habitantes para la gestión a domicilio de los pacientes de Covid-19 que no requerían de hospitalización. Además, en el artículo 1, epígrafe 5 del Decreto Ley núm. 34, conocido como Decreto de la Recuperación, se prevé la posibilidad de contratar personal de enfermería, con el objetivo, por un lado, de reforzar con el componente de enfermería la atención domiciliaria y la vigilancia activa de los pacientes no hospitalizados por el SARS-CoV-2, apoyando a las USCA (unidades especiales de atención de continuidad), y, por otro lado, de reforzar la atención prestada a los sujetos frágiles y crónicos, también mediante una mayor colaboración con los médicos de cabecera, reduciendo así la carga de los servicios ambulatorios. Para ello, se ha introducido la figura profesional del/de la enfermero(a) familiar o comunitario (a). En concreto, desde el 15 de mayo y hasta el 31 de diciembre de 2020, se permitió a las empresas y entidades del Servicio Nacional de Salud utilizar formas de autoempleo, incluida la colaboración coordinada y continuada con enfermeros que no tengan una relación laboral subordinada con centros sanitarios y sociosanitarios públicos y privados acreditados, en un número no superior a 8 enfermeros por cada 50.000 habitantes. Estos nombramientos se realizan en virtud de la derogación de la normativa vigente y en relación con los modelos organizativos regionales[94].

Al margen de las hipótesis descritas, el artículo 29 del conocido como Decreto de Agosto (Decreto Legislativo núm. 104/2020, convertido por la Ley núm. 126/2020) también preveía disposiciones transitorias hasta el 31 de diciembre de 2020, que fueron posteriormente ampliadas hasta el 31 de diciembre de 2021, en virtud del artículo 26 del Decreto Legislativo núm. 73 de 2021 (el conocido como Decreto de la Recuperación bis), destinado a garantizar la contratación de personal de duración determinada, eventualmente en derogación de los actuales Convenios Colectivos Nacionales del sector, o el establecimiento de relaciones de autoempleo, incluyendo la colaboración coordinada y continuada "con el fin de atender con prontitud las solicitudes de los servicios ambulatorios, de cribado y de hospitalización que no se hayan prestado durante el período de emergencia epidemiológica resultante de la propagación del virus SARS-Cov-2, y al mismo tiempo con el fin de reducir las listas de espera".

También, en el Decreto Legislativo núm. 41, del 22 de marzo de 2021, se ha previsto un aumento de 345 millones de euros para hacer frente a las necesidades sanitarias sólo del año 2021, con el objetivo de financiar la ampliación del ámbito de los profesionales sanitarios competentes para administrar la vacuna Covid-19 (aunque no sólo) mediante el uso de médicos en formación contratados "a través de agencias de trabajo temporal".

El artículo 33 del Decreto Legislativo 73/2021 (conocido como Decreto de Apoyo bis) para responder a los efectos de la pandemia sobre la salud y el bienestar psicológico de los niños y adolescentes ha previsto el refuerzo del área territorial y hospitalaria de neuropsiquiatría infantil

[94] Desde el 1 de enero de 2021, se permite la misma regla del mencionado epígrafe 5 para un número total estimado de 9.600 enfermeros(as), dentro de los límites de gasto de 480.000.000 euros anuales. Por las actividades asistenciales realizadas, los(as) enfermeros(as) reciben una remuneración bruta de 30 euros por hora, incluidos los gastos asociados, por un tiempo máximo de trabajo semanal de 35 horas. Además, se ofrecen incentivos a los médicos de cabecera que trabajan en colaboración con el personal de enfermería. Para ello, se ha aumentado en 10 millones de euros el nivel de financiación sanitaria actual para 2020

y adolescente, mediante la utilización, hasta el 31 de diciembre de 2021, de formas de autoempleo, incluyendo la colaboración coordinada y continuada para la contratación de profesionales sanitarios y de trabajadores sociales.

En cuanto a las retribuciones del personal sanitario contratado en urgencias, en los epígrafes 1 y 2 del artículo 1 del Decreto-Ley 18/2020 (Ley núm. 27/2020) se preveía un aumento para el año 2020 de los recursos del Fondo para la retribución de las condiciones de trabajo de la dirección médica y sanitaria y del Fondo de condiciones de trabajo y asignaciones para el personal del sector sanitario. El aumento asciende a un total de 250 millones de euros y tiene como objeto incrementar los recursos destinados a la retribución de las horas extraordinarias del personal sanitario (contratado por los organismos y empresas del Servicio Nacional de Salud) empleado directamente en las actividades de lucha contra la emergencia epidemiológica provocada por la propagación del virus SARS-COV-2.

En virtud del Decreto Legislativo núm. 18/2020, también se incrementan los recursos destinados a la retribución de las horas extraordinarias realizadas por el personal sanitario contratado por las empresas y organismos del Servicio Nacional de Salud que intervienen directamente en la lucha contra las emergencias epidemiológicas, aumentando en 250 millones de euros los fondos contractuales para las condiciones de trabajo de la dirección médica y sanitaria del área sanitaria, además de los fondos para las condiciones de trabajo y asignaciones del personal del sector.

Posteriormente, el Decreto nº 34/2020, conocido como Decreto de Recuperación (Ley núm. 77/2020), en su artículo 2, epígrafe 6, modificó las finalidades y las cuantías de las dotaciones, estableciendo que los recursos se destinarían prioritariamente a la retribución de servicios, no sólo de carácter extraordinario, relacionados con las condiciones particulares de trabajo del personal mencionado.

Asimismo, se prevé que las regiones y las provincias autónomas puedan incrementar estos importes en una cantidad adicional, cuyo importe no podrá ser superior al doble de los mismos (tal y como aclara en el artículo 30 del Decreto Ley núm. 104 del año 2020, conocido como Decreto de "Agosto"), convertido por la Ley núm. 126 de 2020), sin perjuicio del equilibrio económico del sistema sanitario de la entidad.

Por lo tanto, estas entidades territoriales podrán recaudar -mediante el uso de recursos propios, disponibles en la legislación vigente- los créditos estatales adicionales asignados para el año 2020 a los incentivos para el personal de las entidades y las empresas del Servicio Nacional de Salud, para asignarse con prioridad al personal directamente empleado en las actividades que permitan aliviar la emergencia epidemiológica. En referencia a este caso, en el posterior epígrafe 10 del artículo 2 se prevé un aumento de 190 millones de euros, para el año 2020, en el nivel de financiación sanitaria nacional estándar al que contribuye el Estado.

Con estos recursos destinados a incrementar los fondos de incentivos, las Regiones y las Provincias Autónomas podrán también conceder al personal sanitario de la red hospitalaria (en particular, al personal de enfermería al que se alude en el apartado 6 del artículo 86 del Convenio Colectivo Nacional del Sector Sanitario durante el trienio 2016-2018) una prima, como excepción al resto de limitaciones de gastos de personal, acorde con el servicio efectivamente prestado durante el estado de emergencia, decidido con fecha del 31 de enero de 2020, por un importe no superior a los 2.000 euros brutos de las cotizaciones a la Seguridad Social y de los impuestos a cargo del trabajador, y en todo caso para un gasto total, antes de contribuciones y gastos a cargo de la administración, que no supere el importe de estos recursos para incrementar los fondos de incentivos.

Cabe destacar que, a la luz de la normativa de emergencia aplicable, las actividades profesionales desarrolladas en base a los citados contratos de duración determinada, se constituyen como titulaciones preferentes en los procedimientos de concurso para la contratación en las empresas y organismos del Servicio Nacional de Salud. Obviamente, el carácter de emergencia de estas relaciones

implica que serán reabsorbidos cuando la fase pandémica concluya. Por lo tanto, el crecimiento irá seguido de una disminución gradual de los casos, ya que las estadísticas comunicadas se facilitarán en términos netos en aquellos puestos sometidos a contratación (a medida que las necesidades vayan disminuyendo).

11. LA GESTIÓN SANITARIA: ¿UNA GESTIÓN SIN COMPETENCIAS?

En realidad, las dificultades detectadas a la hora de gestionar el personal y satisfacer sus necesidades dependen también de las peculiaridades de la gestión en el sector sanitario, sobre todo en relación con dos pilares esenciales: las competencias del gestor y las modalidades y prácticas[95] de ejercicio de los poderes empresariales.

Estos problemas no son exclusivos del sector sanitario, aunque este sea un contexto que ha mostrado mayor rigidez e ineficiencia que otros

La falta de planificación o la incapacidad para reaccionar con diligencia y dinamismo a las necesidades que de vez en cuando reclama la gestión pública nos llevan a hacernos la pregunta de si la gestión se ha mostrado realmente capaz de actuar con *la capacidad y las facultades de un empresario privado* (de acuerdo con el art. 5, epígrafe 2, del Decreto Legislativo núm. 165, con fecha del 30 de marzo de 2001).

Y llegamos a la primera de las aristas del problema, a saber, la competencia gestora, entendida precisamente como la "capacidad" que tiene el empresario, según la fórmula, no exenta de acentos retóricos, utilizada hace casi treinta años por el legislador de la (primera) "privatización".

Aquí la cuestión, con referencia a la gestión sanitaria, se complica aún más, aunque es algo que resulta inevitable.

Hay que hacer dos observaciones previas. Desde hace mucho tiempo -en la sanidad más que en otros ámbitos- se ha optado por un modelo organizativo y de gestión en el que la dirección de las administraciones o incluso de las unidades organizativas individuales, tanto las grandes como las complejas, se confían a un "técnico", a un especialista en ese campo específico, al que sin embargo se le controla solo formalmente (*rectius*: de fachada) su verdadera competencia gestora, que se compone de distintos elementos y que en cualquier caso son adicionales a la *scientia* de la que cada uno puede ser portador. Esto se debe a que la aptitud para la gestión incluye a veces una competencia técnica, pero no se agota en ella y requiere otras habilidades, derivadas de una preparación adecuada, en el ámbito de la gestión[96].

El sector privado está más acostumbrado a formar y reconocer a los gestores "puros": tenemos muchos y brillantes ejemplos de gestores que han pasado del sector del automóvil a la industria alimentaria, de la industria farmacéutica a la logística, trayendo consigo una "caja de herramientas" que puede adaptarse a las especificidades del sector, pero que están dotados de un conjunto de herramientas inherentes al papel *tout court* de las organizaciones líderes.

Esto no quiere decir que el equilibrio sea fácil. Comprender las necesidades de los contextos individuales puede ser más difícil para los aquellos que procedan del extranjero. No cabe duda de que para permanecer en el campo bajo observación, la gestión sanitaria requiere de habilidades concretas y de una sensibilidad específica

¿Cuál es entonces la solución? Desde luego, no estamos proponiendo un rearme de la gestión administrativa a la antigua usanza. La gestión -y el sector sanitario no es una excepción- necesita

[95] Véase el Plan Nacional de Recuperación y Resiliencia (PNRR), que propone la "creación, para los gestores, de *Comunidades de Aprendizaje* (*Learning Communities*) con temáticas específi as, para el uso compartido de las mejores prácticas y la resolución de casos concretos de administración" (pág. 66).

[96] Véanse las reflexiones de Zoppoli A., *Dirigenza e managerialità*, in Liguori, Zoppoli A. (Ed.), *La sanità flessibile*, Editoriale Scientifica, 2012, pág. 213, que habla de la "capacidad gestora negada"

desde hace tiempo de un mantenimiento extraordinario que aborde los problemas con una auténtica voluntad de reforma y no con meras acciones de *restyling* o, peor aún, con intentos de volver a un pasado que parece cualquier cosa menos glorioso.

Por ejemplo, habría que reconsiderar la progresiva devaluación de la modalidad del curso/concurso y del papel de la Escuela Nacional de Administración (SNA), la antigua *Scuola Superiore della Pubblica Amministrazione* o SSPA): una "escuela" de administración cuyo modelo, partiendo de una experiencia comparada, debería haberse enriquecido e incluso mejorado, sin llegar a ser estéril. Se trata de un marco general en el que la regionalización de la asistencia sanitaria ha terminado por incrementar los elementos de distorsión y el "provincianismo" que, en nombre de una invocación genérica de la autonomía, ha atraído cada vez más la selección, la formación (si se lleva a cabo) y la gestión de la administración al marco normativo regional.

Además, asistimos a una divergencia de los modelos de gestión sanitaria, generada por un singular tartamudeo normativo, que yuxtapone disposiciones legales y de la negociación colectiva. Por lo demás, no cabe esperar mucho más del "foro" de negociación en términos de sustitución normativa.

Es indudable que, a modo de ejemplo, para la alta dirección de las empresas sanitarias y hospitalarias, el exiguo marco normativo nacional (fundamentalmente, el Decreto Legislativo núm. 502, con fecha del 30 de diciembre de 1992 y el Decreto Legislativo . núm. 171, del 4 de agosto de 2016[97]) ha permitido la difusión de prácticas de selección (oscuras) y de mecanismos de *spoil system* (demasiado claros), incapaces de frenar de manera adecuada la bulimia de control de la cúpula política, más aún cuando existen "gobernadores" que, debido a la mezcolanza que implica el sistema electoral, las características del gobierno regional y las competencias en materia sanitaria, cuentan con unos amplios y sólidos poderes con los que pocos administradores públicos cuentan en el actual ordenamiento jurídico de la República italiana.

Las empresas sanitarias se caracterizan además por un equipo de gestión "menor", de carácter administrativo, pero sobre todo sanitario, con sus propias particularidades.

Es bien sabido que las empresas del Servicio Nacional de Salud italiano están estructuradas de acuerdo con un diseño articulado (instalaciones hospitalarias, distritos, departamentos, etc., y dentro de éstos, unidades operativas complejas y simples), fruto de los modelos y de las filosofías organizativas que han sido objeto de progresivas estratificaciones, incluidas las normativas, regidas a su vez por fuentes de diversas categorías.

No es posible examinar aquí esos modelos, ni siquiera de forma breve[98]. Sin embargo, en lo que respecta a las relaciones laborales y, en concreto, al papel de "empleador" de los directivos subalternos, es imposible dejar de observar cómo, a medida que se desciende en la escala jerárquica de las estructuras empresariales, se encuentran figuras directivas cada vez más "descoloridas"

La experiencia recuerda un poco a lo que sucede en el sector crediticio, en donde la necesidad de atribuir niveles de retribución adecuados a las figuras profesionales de primer nivel ha llevado a menudo al reconocimiento *convencional* de la categoría de directivo a personas que, de hecho, no son ni remotamente comparables a la evocadora figura del *alter ego* del empresario, "técnicamente" referible al directivo contemplado en el artículo 2095 del Código Civil italiano, que queda, no por casualidad excluido, entre otras, de la normativa que limita los despidos individuales.

[97] En la última intervención legislativa, tal y como se novó en el Decreto Legislativo núm. 126, del 26 de julio de 2017, véase, también para más referencias bibliográficas, Zappalà, *La proceduralizzazione bifasica delle nomine dei manager della sanità: problemi applicativi del nuovo dosaggio di fonti regolative dopo la Riforma Madia*, in *LPA*, 1, 2019, pág. 16 y ss.

[98] Véase, por ejemplo, el análisis realizado por Gentili, Mainardi, *Le integrazioni tra aziende sanitarie e la gestione del personale: esperienze, opportunità, prospettive*, in *LPA*, 3, 2020, pág. 73 y ss.

En consecuencia, en cada empresa sanitaria u hospitalaria, hay personas que están formalmente cualificadas como gestores, pero que carecen casi por completo de poderes reales de gestión (por ejemplo, los jefes de estructuras simples) o que cuentan con herramientas limitadas y, en todo caso, son muy poco dinámicas para gestionar las relaciones laborales (como en el caso de los gestores de unidades operativas complejas).

Esta hipertrofia de la categoría directiva, dictada por extrañas necesidades (principalmente relacionadas con las dinámicas salariales) con respecto a una morfología organizativa eficaz y racional, no parece especialmente útil, porque aunque puede tener cierta relevancia en cuanto a la prestación de servicios sanitarios o en cuanto a la especialización de las competencias técnicas y la racionalidad en el uso de los recursos económicos, no es eficiente en lo que respecta a la gestión de las relaciones laborales, porque introduce un elemento de "alargamiento" de la cadena de mando en la jerarquía empresarial, en cuya base se sitúa a veces una persona que, como adelantábamos anteriormente, cuenta tal vez con una alta competencia técnica (por ejemplo, en el campo de la medicina), pero un bajo nivel de competencia directiva.

12. *(CONTINUACION)* … ¿Y SIN PODERES?

En cuanto al segundo elemento que caracteriza la figura del directivo público, el ejercicio de los poderes patronales, incluso cuando se confieren a la dirección (véase más adelante), no se puede dejar de observar una marcada "timidez" en su uso concreto por parte de servidores públicos.

Es evidente que si el empresario está llamado a gestionar los recursos humanos dentro de los límites fijados por la ley para proteger la libertad y la dignidad de los trabajadores -límites que en los últimos cincuenta años han adquirido, dentro del sector privado[99], una geometría variable-, en el sector público el poder de gestión y la correlativa facultad de modificar el objeto del servicio, han visto cómo el legislador trazaba caminos completamente autónomos, a pesar de la unificación normativa entre el sector público y el privado, que se esperaba en la última década del siglo pasado.

El ejercicio concreto del poder por parte del empresario público se encuentra con dos distintos tipos de freno: una autocontención por parte del gestor, a la que se añaden bastantes limitaciones normativas.

Las distorsiones ya señaladas han llevado a la jurisprudencia, incluidos los Tribunales Judiciales, a realizar interpretaciones progresivamente más restrictivas, hasta llegar a la adopción de una especie de *interpretatio abrogans* del art. 52 original, el Decreto Legislativo núm. 165/2001, que, cabe recordar, situaba "*el desarrollo profesional*" junto a las oposiciones, es decir, el uso de "*procedimientos de selección*" distintos de los concursos: una interpretación reductora que, desde el año 2009, se ha convertido en una derogación total de la ley, con el consiguiente endurecimiento de la carrera profesional[100] y el aumento, en términos de coste, del proceso de provisión de vacantes en la plantilla.

De este modo, mientras que en el sector privado, hoy en día incluso más que en el pasado, se permite al empresario ajustar rápidamente la plantilla y encontrar soluciones internas, a través de la movilidad[101], dentro de la administración pública, sujeta a unas obligaciones concretas en cuanto al principio de competencia, pero muy formalista, se dejan vacantes, durante años, puestos que son estratégicos para la organización[102].

[99] Por último, hay que referirse a las contribuciones publicadas en Rusciano, Gaeta, Zoppoli L. (Ed.), *Mezzo secolo dello Statuto dei lavoratori. Politiche del diritto e cultura giuridica*, *Quad. DLM*, 8, 2020.

[100] Luciani V., *Mansioni, jus variandi e progressioni in carriera nel lavoro pubblico: le ambiguità del legislatore, e le certezze della giurisprudenza*, in *LPA*, 2020, pág. 3 y ss.

[101] Permítaseme hacer referencia a Gargiulo, *Lo jus variandi nel "nuovo" art. 2103 c.c.*, in *RGL,* 2015, I, pág. 619 y ss.

[102] Véanse también las recientes reflexiones sobre el tema en Carabelli, Zoppoli L. (Ed.), *Rinnovamento delle PA e nuovo reclutamento*, *cit*., y en especial las contribuciones de Vecchi; Gasparrini; Boscati y Zoppoli, L.

Ya se ha señalado que el uso de la selección mediante concurso, cuando ya se ha establecido una relación laboral, conduce a una falta de responsabilidad por parte de la dirección[103], que debería gestionar y ocuparse del personal que no ha ayudado a seleccionar inicialmente y que no valoriza durante dicha relación.

Esto significa que el poder directivo se ejerce a menudo de forma totalmente estática, mediante la formalización de unos procedimientos de asignación de tareas y la ausencia casi total del ejercicio del *ius variandi*, que sin embargo es posible, aunque dentro de los límites bien controlados por la norma, que siempre ha tenido las características de un "microsistema normativo autónomo"[104].

La organización laboral, por lo tanto, sigue caracterizándose por un alto grado de fragmentación de los procesos, a pesar del amplio margen de movilidad profesional que otorga la autonomía colectiva. Salvo pocas y loables excepciones, los procesos laborales siguen siendo largos, repetitivos, inútilmente fragmentados, caracterizados por un desarrollos y unos controles sujetos a una legalidad meramente formal, en la que se desconocen esencialmente los conceptos de objetivo, comprobación y evaluación, por no hablar de los mecanismos de incentivación/desincentivación económica, respecto a los cuales la prohibición de la asignación indiferenciada de recursos ha quedado en poco más que una cláusula de estilo.

Existe, pues, una afasia directiva en el ámbito de la gestión, manteniéndose, en la mayoría de los casos, un enfoque de respeto hacia la legalidad formal de los actos, en lugar de una atención global a la legitimidad y la eficacia de la acción administrativa en su conjunto. En esencia, sigue faltando una funcionalización *sintética*, que se refiera no ya al acto individual, sino al resultado global de la pluralidad de decisiones que conforman una actividad organizativa[105].

Luego está la cuestión, ya mencionada, de la ineficacia del sistema de control y, sobre todo, de la evaluación[106], en la que sigue existiendo una actitud favorable a la comprobación "sobre el papel" de la eficacia de la acción. El sistema, desde la designación de los Organismos Independientes de Evaluación (OIV, por sus siglas en italiano) hasta los procedimientos de validación, parece seguir siendo eminentemente de corte autorreferencial.

Cabe preguntarse si esto se debe a una clara resistencia de las administraciones a la evaluación y, consiguiente, a una infravaloración de su utilidad, o si no existe, por casualidad, también una ineficacia de naturaleza "genética", es decir, si el sistema de medición y de validación del rendimiento no es excesivamente engorroso y se caracteriza por un enfoque también burocrático y, en última instancia, puramente documental.

Por último, frente a este panorama ya sombrío, está el recurso "obligatorio" al trabajo a distancia, que en el sector público apenas ha representado, como debería, un "modo de ejecución" adicional (según lo establecido en el artículo 18, de la Ley núm. 81, del 22 de mayo de 2017, sobre el rendimiento laboral. Puede que no haga falta decirlo, pero hay que dejar claro que en nuestras administraciones el *smart working* tiene, en su mayoría, poco de tecnología digital y casi nada de

[103] Véanse, entre otros, Rusciano, *Carriera per concorso del dipendente pubblico: "imparzialità" o "buon andamento"?*, in *LPA*, 1999, pág. 215 y ss.

[104] Es una expresión de Liebman, *La disciplina delle mansioni nel lavoro alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni*, in *ADL*, 1999, pág. 636.

[105] Consulte la ponencia de Orsi Battaglini, *Fonti normative e regime giuridico del rapporto di impiego con enti pubblici*, in *DLRI*, 1993, pág. 470 y ss., también en Orsi Battaglini y Corpaci, in Corpaci, Rusciano, Zoppoli L. (Eds.), *La riforma dell'organizzazione, dei rapporti di lavoro e del processo nelle amministrazioni pubbliche*, in *NLCC*, 1999, pág. 1066 y ss.

[106] Sobre el tema de la evaluación, para una reconstrucción del sistema y su relación con la relación de empleo público, véase Monda, *Contratto di lavoro pubblico, potere organizzativo e valutazione*, Giappichelli, 2017.

trabajo ágil[107], que en el último año ha representado una especie de paro técnico con cero horas de trabajo (cobrando el sueldo completo) y pagado por los impuestos generales.

Sin embargo, incluso en este caso, el enfoque de gestión no era una variable independiente. El uso del trabajo ágil, de hecho, como se ha señalado acertadamente, "conlleva un cambio cultural" [108] que no parece haberse producido todavía.

Aún se registran mayores reticencias en el ámbito directivo en relación con el poder normativo, con respecto al cual el directivo debe denunciar las infracciones sólo cuando se produzcan incumplimientos manifiestos o intolerables, omitiendo destacar las conductas de incumplimiento objetivo, privando así al poder sancionador de dicho efecto disuasorio que le es propio, con una desconexión aún mayor entre la dirección de la actuación y la sanción por incumplimiento[109]. Por no hablar del hecho de que las administraciones tienden a actuar sobre todo cuando existen presiones externas y, mayoritariamente, cuando se producen hechos penalmente relevantes o con una grave repercusión mediática.

La materia normativa es, además, una de las que peores muestras ha ofrecido la gestión pública, con actitudes *laxas* en el uso de las sanciones, que han desvirtuado la discrecionalidad que se le otorga a la gestión, lo que ha llevado al legislador a intervenir en una doble dirección: por un lado, se ha despojado al directivo de la potestad sancionadora, que sigue siendo ejercida directamente por el directivo sólo en aquellos casos en los que se prevé una amonestación verbal[110]; recurriendo, por otro lado, a la indicación de hipótesis predeterminadas de infracción y sanción, flanqueadas por mecanismos de *obligatoriedad* en el ejercicio de la acción disciplinaria[111], reforzados a su vez indirectamente por la previsión de sanciones por falta de acción, sancionadas con una responsabilidad directiva específic [112]. Se trata de intervenciones normativas que parecen poco compatibles con las categorías de ejercicio discrecional del poder y que determinan una marcada hibridación de la dimensión contractual de las relaciones laborales.

[107] A este respecto, véase Zoppoli L., *Dopo la digi-demia: quale smart working per le pubbliche amministrazioni italiane*, in *wp c.s.d.l.e. "Massimo D'Antona". IT - 421/2020*. Sobre el uso del trabajo inteligente en el seno de las administraciones públicas, es útil leer la nota publicada por el Banco de Italia: Giuzio, Rizzica, *Il lavoro da remoto in Italia durante la pandemia: le amministrazioni pubbliche*, 2021, en https://www.bancaditalia.it/media/notizie/2021/Nota_Covid_3_WGLR.pdf.

[108] En esta línea se encuentra Spinelli, *Le potenzialità del lavoro agile nelle pubbliche amministrazioni: da modalità ordinaria di gestione dell'emergenza a volano per l'innovazione?*, in *LPA*, 2, 2020, pág. 28, que sostiene que el *smart working* "por un lado, presupone estrategias de gestión de personal basadas en relaciones de confianza y de colaboración con los empleados y, por otro, agudiza la importancia de una definición precisa de los objetivos y, en consecuencia, del contenido y los métodos de medición y evaluación del rendimiento en las administraciones". Sobre este particular, véase también Esposito, *Smart work e pubblico impiego: patti chiari, agilità lunga*, in Martone (Ed.), *Il lavoro da remoto. Per una riforma dello smart working oltre l'emergenza*, *Quad. ADL*, 18, 2020, pág. 147 y ss.

[109] Remitámonos también a Gargiulo, *La riforma del procedimento disciplinare nel lavoro pubblico*, in *VTDL,* 2020, pág. 341 y ss., también para otras referencias bibliográficas más amplias

[110] Se trata de casos menores, que siguen quedando en manos de quien gestiona la estructura en la que trabaja el empleado; el responsable, por lo tanto, puede incluso carecer de capacitación en el campo de la dirección.

[111] No es posible dedicar aquí más espacio a este perfil: la alternativa se encuentra entre un deber *jurídico* de ejercer la acción disciplinaria, que socavaría el poder discrecional del empresario atribuido a la labor directiva y una obligación *de facto*, derivada implícitamente de las sanciones vinculadas a la inactividad. Tal y como están las cosas, parece adecuado optar por la obligatoriedad mediata, que parece más coherente con la perspectiva contractual (permanente) del poder en cuestión.

[112] Reconstruye el debate, Borgogelli, *Sui poteri della dirigenza pubblica nella disciplina dei rapporti di lavoro: il nuovo modello regolativo*, in AA.VV., *Studi in onore di Tiziano Treu. Lavoro, Istituzioni, cambiamento sociale*, Vol. III, Jovene, 2011, pág. 1541 y ss.

Todo ello sin perjuicio del valor "organizativo" de la potestad sancionadora: una conexión que quedó claramente destacada por el legislador de la reforma del año 2009[113]. De hecho, el legislador de la conocida como *Reforma Brunetta* estaba convencido, hasta el punto de identificarlo expresamente como la finalidad de la reforma, de que una intervención sobre la responsabilidad disciplinaria podría "mejorar el nivel de eficacia de los cargos públicos"[114]: una "filosofía", como también se señaló inmediatamente, en la que "el ejercicio del poder disciplinario no se ve tanto y sólo como un efecto patológico en la organización del trabajo (por lo tanto, con carácter excepcional), como un factor fisiológic de la organización" [115]; una perspectiva que enfatizaba la relación entre el poder disciplinario y la aplicación de la productividad de los cargos públicos que, tras menos de una década, se dejó de lado por una cuestión de desconfianza manifiest

El papel de la dirección en el procedimiento disciplinario pasa así a ser accesorio al de la Oficina de Procedimientos Disciplinarios y, en todo caso, claramente privado de poder. El legislador de 2017, como ya se anticipó, retira al responsable de la oficina, aunque sea un cargo directivo, la función de impugnar la acusación y confía esta iniciativa a una persona con conocimientos específicos, a un "tercero" con respecto al segmento organizativo en el que se produjo la conducta prohibida.

Por consiguiente, se trata de un cambio de perspectiva, incluso antes de producirse un cambio de procedimiento: el valor organizativo de la palanca que activa las sanciones, que -aunque entre muchas contradicciones- trataba de potenciar la función disuasoria y, por lo tanto, preventiva de las disposiciones disciplinarias, deja paso a una lógica casi exclusivamente punitiva.

13. UNA ÚLTIMA PREGUNTA (AUNQUE DE CARÁCTER PROVISIONAL): ¿SON NUDOS QUE DEBEN DESATARSE O CORTARSE?

Obviamente, es imposible llegar a conclusiones en profundidad en el limitado espacio del que disponemos. Sin embargo, hemos tratado de señalar cómo la decepcionante actuación de nuestras administraciones sanitarias encuentra su origen, entre otras "enfermedades" del sistema, en una "cardiopatía" incapacitante, en la que el núcleo del problema se encuentra en la gestión y el manejo del personal.

Siguiendo con el uso de la metáfora, en las páginas anteriores hemos tratado de destacar algunos elementos útiles para el diagnóstico, señalando cómo las causas de la ineficiencia residen en la reticencia de la administración a ejercer prerrogativas, competencias y, en definitiva, a desempeñar su propio papel, así como en las limitaciones de diversa índole que el gestor público encuentra en su camino, limitaciones que en ocasiones son extrínsecas, como en el caso de las intervenciones legislativas o la consolidación de orientaciones jurisprudenciales rígidas, que restringen los márgenes de discrecionalidad.

Por consiguiente, es necesario entender en este punto, si todavía es posible intentar desenredar (como mínimo) los nudos más intrincados, recurriendo de nuevo a medidas correctivas en el plano hermenéutico, o si sería más rápido y mejor hacerlo mediante un corte limpio, acelerando un enésimo, aunque quizás necesario proceso de reforma.

En definitiva, este difícil momento podría representar un tiempo que debemos valorar, y retomando las palabras de John F. Kennedy, que en un conocido discurso de 1959 observó que "al

[113] El artículo 67, del Decreto Legislativo núm. 150, del 27 de octubre de 2009, al abrir el capítulo dedicado a las sanciones, aclara que las disposiciones en cuestión "introducen cambios en el ámbito de las sanciones disciplinarias y de las responsabilidades de los empleados de las administraciones públicas (...) con el fin de mejorar el nivel de eficiencia de las oficinas públicas y contrarrestar los fenómenos de baja productividad y absentismo laboral

[114] Sobre esta intención de "reforma con sanciones", véanse los comentarios de Borgogelli, *La responsabilità disciplinare del dipendente pubblico*, in Zoppoli L. (Ed.), *Ideologia e tecnica*, *cit*., pág. 399 y ss.

[115] Bavaro, *Il potere disciplinare*, in Carabelli, Carinci M.T. (Ed.), *Il lavoro pubblico in Italia*, Cacucci, 2010, pág. 223, según el cual: "En este sentido, la organización de la administración pública parece estar más centrada en el control y la sanción de los empleados individuales que en la gestión y la organización de la actividad productiva".

escribirse en chino, la palabra crisis estaba compuesta por dos ideogramas, uno de los cuales representa el peligro y el otro la oportunidad"[116]. En realidad, los estudiosos de los ideogramas nos dicen que esto no es así en absoluto, pero independientemente de su confirmación semántica, la opinión sigue siendo, sin embargo, absolutamente compartible.

En definitiva, parece que ha llegado el momento de reflexionar por última vez, sin prejuicios ideológicos y culturales, sobre qué medidas deben adoptarse para que la máquina administrativa -y la sanidad entre las primeras- si al menos no echa a correr, pueda circular a una velocidad aceptable que permita satisfacer las necesidades de los ciudadanos.

La administración pública italiana -y dentro de ella el servicio sanitario- requiere una renovación seria y profunda que le permita ser competente y eficaz. Sin embargo, no se trata de un resultado que pueda alcanzarse por decreto, ni tampoco se trata de un proceso que pueda ciertamente completarse en unos pocos meses, aunque en realidad no parece que pueda seguir posponiéndose por más tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

AA.VV. *L'aziendalizzazione della sanità in Italia.* Rapporto Oasi 2005, Egea.

Aimo, *Il lavoro a termine tra modello europeo e regole nazionali*, Turín, 2017.

Ales, *L'utilizzo temporaneo del lavoro subordinato nelle pubbliche amministrazioni: un'analisi genealogica,* in Del Punta, Romei (Eds.), *I rapporti di lavoro a termine*, Milán, 2013, pág. 470.

Allegretti, Balconi, *Autonomismo e centralismo nella lotta contro la pandemia coronavirus*, in *Forum Quaderni Costituzionali*, 1, 2020, pág. 536 y ss.

Arlotti, Marzulli, *La Regione Lombardia nella crisi sanitaria da Covid-19: ospedali, territorio e RSA*, in Vicarelli, Giarelli (Eds.) *Libro Bianco Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19 Problemi e proposte*, Franco Angeli, 2021, págs. 41 - 48.

Avondola, *Via libera del Tar alle stabilizzazioni "no limits",* in *Labor,* 2019, pág. 463.

Bavaro, *Il potere disciplinare,* in Carabelli, Carinci M.T. (Eds.)*, Il lavoro pubblico in Italia*, Cacucci, 2010.

Belletti, *La confusione nel sistema delle fonti ai tempi della gestione dell'emergenza da Covid-19 mette a dura prova gerarchia e legalità*, in *Osservatorio Costituzionale*, 3, 2020, pág. 174 y ss.

Boscati, *È incostituzionale la legge regionale che per il personale sanitario deroga alle disposizioni statali in materia di orario di lavoro e di limiti all'assunzione a tempo determinato*, in *DRI*, 2017, pág. 1175.

Borgogelli, *Sui poteri della dirigenza pubblica nella disciplina dei rapporti di lavoro: il nuovo modello regolativo*, in Aa.Vv., *Studi in onore di Tiziano Treu. Lavoro, Istituzioni, cambiamento sociale*, Vol. III, Jovene, 2011, pág. 1541 y ss.

Carabelli, Zoppoli L. (Ed.), *Rinnovamento delle PA e nuovo reclutamento*, in *Quad. RGL*, 6, 2021.

Carrieri, Nastasi (Ed.), *Spazio e ruolo delle Autonomie nella riforma della contrattazione pubblica*, Bolonia, 2009.

Caruso*, La regolazione "a doccia scozzese" del lavoro pubblico. Rigidi, flessibili, precari, di nuovo rigidi,* in *LPA*, 2008, pág. 242.

[116] Kennedy J.F., *Remarks at the Convocation of the United Negro College Fund*, Indianapolis, Indiana, 12 de abril de 1959, in *www.jfklibrary.org*.

Cicellin, Consiglio, *Opportunità e problematiche delle nuove forme di lavoro nel sistema sanitario. Agenzie per il lavoro e gestione differenziata delle risorse umane*, *WP "Carlo Mario Guerci"*, 2012, pág. 3.

Contini, *La Corte di Cassazione e il danno da abuso del contratto a termine nel pubblico impiego: una storia infinita*, in *ADL*, 2017, pág. 471 y ss.

Corpaci, Rusciano, Zoppoli L. (Ed.), *La riforma dell'organizzazione, dei rapporti di lavoro e del processo nelle amministrazioni pubbliche*, in *NLCC*, 1999, pág. 1066 y ss.

Costa, *Sul diritto agli scatti di anzianità dei lavoratori temporanei: la parità di trattamento riguarda le carriere lavorative,* in *LPA*, 2012, pág. 1189.

De Angelis, *Materiali per lo studio del sistema sanitario nazionale*, Esculapio, 2015.

Del Vecchio, *Della stabilizzazione in ruolo del personale precario nelle aziende sanitarie in particolare in Campania,* in *Ragiusan*, 2010, pág. 316.

De Pietro, *L'evoluzione delle funzioni innovative nelle aziende del SSN: le politiche e la valutazione del personale*, in *Mecosan*, 2002, pág. 67.

De Pietro, Tereanu, *Carichi di lavoro e fabbisogno di personale nelle aziende del Ssn: criticità e prospettive*, in *Mecosan*, 2005, pág. 66.

De Pietro, *La gestione del personale nelle aziende sanitarie: una rassegna della letteratura*, in *Mecosan*, 2006, pág. 141.

Dirindin, *La sanità italiana tra crisi ed eccellenza*, *Il Mulino*, 3, 2020.

D'Aponte, *Razionalizzazione della spesa pubblica e stabilizzazione dei precari nella pubblica amministrazione: le ragioni di un equivoco*, in *LPA*, 2013, pág. 574.

Esposito, D'Avino, *Il contratto a termine nella Sanità pubblica*, in Zoppoli L., Saracini (Eds.), *Riforme del lavoro e contratti a termine*, Editoriale Scientifica, 2017, pág. 257 y ss

Esposito, *Note critiche sulla stabilizzazione del personale a termine nel comparto della sanità pubblica*, in Liguori, A. Zoppoli (Eds.), *La sanità flessibile,* Nápoles, 2012.

Esposito, *Smart work e pubblico impiego: patti chiari, agilità lunga*, in Martone (Ed.), *Il lavoro da remoto. Per una riforma dello* smart working *oltre l'emergenza*, *Quad. ADL*, 18, 2020, pág. 147 y ss.

Fenoglio*, Il contratto a tempo determinato nel pubblico impiego: luci e ombre della recente riforma legislativa*, in *LD*, 2009, pág. 283 y ss.

Ferrara, *Salute e sanità*, Volumen 5, Milán, 2010.

Fiorillo e Perulli, *Il lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche*, Turín, 2013, pág. 628 y pág. 673 y ss.

Fontana, *La strana storia delle stabilizzazioni dei lavoratori precari nel settore pubblico*, in *LPA*, 2018, pág. 19.

Gargiulo, *Lo jus variandi nel "nuovo" art. 2103 c.c.*, in *RGL,* 2015, I, pág. 619 y ss.

Gargiulo, *La riforma del procedimento disciplinare nel lavoro pubblico*, in *VTDL,* 2020, pág. 341 y ss.

Gentili, Mainardi, *Le integrazioni tra aziende sanitarie e la gestione del personale: esperienze, opportunità, prospettive*, in *LPA*, 3, 2020, pág. 73 y ss.

Guariso, *Cittadinanza e lavoro pubblico*, in *LD,* 2009, pág. 579

Kennedy, J. F., *Remarks at the Convocation of the United Negro College Fund*, Indianapolis, Indiana, 12 de abril de 1959, in *www.jfklibrary.org*.

La Banca, *Nei concorsi estensione facoltativa ai lavoratori parasubordinati*, in *Sanità 24*, 2 de agosto de 2017.

Lagravinese, Resce, *La sanità tra crisi economica e vincoli finanziari*, in Coco, De Vincenti (Eds.), *Una questione nazionale. Il Mezzogiorno da "problema" a "opportunità"*, Il Mulino, 2020, pág. 125 y ss.

Liebman, *La disciplina delle mansioni nel lavoro alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni*, in *ADL*, 1999, pág. 636.

Liguori, Zoppoli A. (Ed.), *La sanità flessibile*, Editoriale Scientific , 2012

Lovo, *Contrattazione collettiva integrativa in Sanità: bilanci e prospettive*, in *LPA*, 2008, pág. 533.

Luciani V., *Mansioni, jus variandi e progressioni in carriera nel lavoro pubblico: le ambiguità del legislatore, e le certezze della giurisprudenza*, in *LPA*, 2020, pág. 3 y ss.

Mangiameli, *Il riparto delle competenze tra vicende storiche e prospettive di collaborazione*, in *DR*, 3, 2020

Marra, *Le funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie, aspetti contrattuali e manageriali*, FrancoAngeli, 2010

Mautone, *Stabilizzazioni. Il giudice del lavoro apre al lavoro interinale. Ordinanza cautelare, ora si attende il merito*; Quotidiano Sanità, 8 de julio de 2019

Miscione, *Il contratto a termine davanti alla Corte di Giustizia: legittimità comunitaria del d.lgs. n. 368/01*, in *ADL,* 2006, pág. 1369

Monda, *Contratto di lavoro pubblico, potere organizzativo e valutazione*, Giappichelli, 2017

Monea, *Stabilizzazione solo per chi ha vinto un concorso*, *in Sanità24*, 14 de junio de 2017.

Nannipieri, *La Corte di Giustizia e gli abusi nella reiterazione dei contratti a termine: il problema della legittimità comunitaria degli artt. 5, d.lgs. n. 368/2001 e art. 36, d.lgs. 165/2001*, in *RIDL*, 2006, pág. 742.

Nunin, *Impiego pubblico violazione delle regole su lavoro a termine, adeguatezza delle sanzioni. Spunti recenti dalla Corte di Giustizia*, in *RGL*, 2014, pág. 242.

Orsi Battaglini, *Fonti normative e regime giuridico del rapporto di impiego con enti pubblici*, in *DLRI*, 1993, pág. 470 y ss.

Posteraro, *La digitalizzazione della sanità in Italia: uno sguardo al Fascicolo Sanitario Elettronico (anche alla luce del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza),* in *federalismi.it,* 26/2021, págs. 189-229.

Putaturo Donati, *Precariato pubblico, effettività della tutela anti-abusiva e nuova questione di legittimità costituzionale*, in *ADL*, 2017, pág. 65 y ss.

Rusciano, Gaeta, Zoppoli L. (Ed.), *Mezzo secolo dello Statuto dei lavoratori. Politiche del diritto e cultura giuridica*, *Quad. DLM*, 8, 2020.

Rusciano, *Carriera per concorso del dipendente pubblico: "imparzialità" o "buon andamento"?*, in *LPA*, 1999, pág. 215 y ss.

Russo, *Il personale del servizio sanitario*, in Esposito, Luciani, A. Zoppoli, L. Zoppoli, *La riforma dei rapporti di lavoro nelle pubbliche amministrazioni*, Turín, 2018, pág. 417.

Sagan, Webb, Azzopardi-Muscat, De La Mata, McKee, Figueras (Ed. by), *Health systems resilience during COVID-19: Lessons for building back better*, Organización Mundial de la Salud, 2021.

Saitta, *Incarichi di direzione di struttura complessa nelle aziende sanitarie: una giurisdizione…case by case?,* in *LPA*, 2016, pág. 205 y ss.

Santini, *Le "nuove" relazioni sindacali nel comparto sanità*, in *RIML*, 2019, 1, pág. 95.

Spinelli, *Le potenzialità del lavoro agile nelle pubbliche amministrazioni: da modalità ordinaria di gestione dell'emergenza a volano per l'innovazione?*, in *LPA*, 2, 2020.

Taroni, Giorgi, *I regionalismi sanitati in Italia nel contesto internazionale: lezioni dalla pandemia*, in *Costituzionalismo.it*, 2, 2020, pág. 64.

Tognetti Bordogna, *Ripensare il Sistema Sanitario Nazionale senza mortificarlo*, https://mappeser.com/2020/06/05/ripensare-il-sistema-sanitario-nazionale-senza-mortificarlo-di-mara-tognetti-bordogna-in-paradoxaforum-com-4- giugno-2020/, 2020 (último acceso del 17/11/2021).

Vicarelli, *Regionalismo sanitario e Covid-19: punti di forza e di debolezza,* in Vicarelli, Giarelli (Ed.) *Libro Bianco Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19 Problemi e proposte*, Franco Angeli, 2021.

Zappalà, *La proceduralizzazione bifasica delle nomine dei manager della sanità: problemi applicativi del nuovo dosaggio di fonti regolative dopo la riforma madia*, in *LPA*, 2019, pág. 16.

Zoli, *Contrattazione collettiva e flessibilità dei contratti di lavoro*, in Liguori, Zoppoli A. (Ed.), pág. 199 y ss.

Zappalà, *La proceduralizzazione bifasica delle nomine dei manager della sanità: problemi applicativi del nuovo dosaggio di fonti regolative dopo la Riforma Madia*, in *LPA*, 1, 2019, pág. 16 y ss.

Zoppoli A., *Dirigenza e managerialità*, in Liguori, Zoppoli A. (Ed.), *La sanità flessibile*, Editoriale Scientifica, 2012, pág. 213

Zoppoli L., *A dieci anni dalla Riforma Bassanini: dirigenza e personale*, in *LPA*, 1, 2008.

Zoppoli L., *Dopo la digi-demia: quale smart working per le pubbliche amministrazioni italiane*, in *wp c.s.d.l.e. "Massimo D'Antona".IT - 421/2020.*

Abreviaturas:

RIML: Revista Italiana de Medicina Legal (y de Derecho en el ámbito sanitario)

SPP: Sanidad Pública y Privada

Parte Segunda.
LA PERSPECTIVA SOCIAL EN LOS SERVICIOS SANITARIOS

Laborum

nº Extraordinario 4
ISSN: 2386-7191 – ISSNe: 2387-0370

La actuación en primera línea de los servicios sanitarios y los servicios sociales y sus profesionales en tiempos de pandemia[1]

Frontline action by health services and social services and their professionals in times of pandemic

María Teresa Gijón Sánchez *Universidad de Granada*

María Belén Morata García de la Puerta *Universidad de Granada*

Resumen

La irrupción de la enfermedad COVID-19 declarada como pandemia ha afectado a las poblaciones de todos los países del mundo, aunque en diferente grado y con diferentes implicaciones en el bienestar social y en la salud de determinados grupos vulnerables. La respuesta institucional a la pandemia ha puesto de manifiesto la importancia de reforzar en situación de crisis la actuación de los servicios esenciales y de adoptar medidas intersectoriales para tratar o reducir sus daños asociados, más allá de buscar soluciones únicamente biomédicas dirigidas a prevenir o frenar su impacto. Este trabajo presenta una revisión teórica sobre la actuación en primera línea que han desempeñado los servicios sanitarios y los servicios sociales y sus profesionales como servicios esenciales, destacando el papel realizado por el trabajo social en ellos en tiempos de pandemia. El propósito es valorar de forma global e integral cómo su rol y funciones principales de promoción, prevención y atención social y sanitaria (a nivel micro, meso y macro) contribuyen a garantizar los derechos sociales y sanitarios de las poblaciones más desvalorizadas y desprotegidas mediante prácticas de atención centradas en las necesidades de las personas desde una perspectiva multidimensional a nivel micro, meso y macro. La pandemia ha mostrado, una vez más, cómo la actuación profesional en la primera línea debe adaptarse y transformarse en prácticas innovadoras y creativas comprometidas con la justicia social y los derechos humanos de las poblaciones más vulnerables, y contextualizadas en el marco de unos servicios sanitarios y unos servicios sociales, ya de por sí desmantelados y sobrecargados, en situaciones de emergencia y acentuación de la vulnerabilidad.

Palabras Clave

Servicios Sanitarios; Servicios Sociales; Servicios Esenciales; Trabajo Social; COVID-19

Abstract

The outbreak of COVID-19 disease declared as a pandemic has affected populations in all countries of the world, although to varying degrees and with different implications for the social well-being and health of certain vulnerable groups. The institutional response to the pandemic has highlighted the importance of strengthening the performance of essential services in a crisis situation and of adopting intersectoral measures to treat or reduce their associated damage, beyond seeking only biomedical solutions aimed at preventing or curbing their impact. This paper presents a theoretical review of the first line action that health services and social services and their professionals have played as essential services, highlighting the role played by social work in them in times of pandemic. The purpose is to assess in a global and integral way as its main role and functions of promotion, prevention and social and health care (at the micro, meso and macro levels) they contribute to ensuring the social and health rights of the most devalued and unprotected populations through care practices focused on people's needs from a multidimensional perspective at the micro, meso and macro levels. The pandemic has shown, once again, how front-line professional action must be adapted and transformed into innovative and creative practices committed to social justice and the human rights of the most vulnerable populations, and in the context of health and social services, already dismantled and overburdened, in emergency situations and heightened vulnerability.

Keywords

Health Services; Social Services; Essential Services; Social Work; COVID-19

1. INTRODUCCIÓN

La irrupción de la enfermedad COVID-19, declarada como pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de marzo de 2020, ha dado lugar a una crisis de emergencia en salud

[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

pública de interés internacional. La evidencia manifiesta que el virus SARS-CoV-2 que la provoca, puede infectar a personas de todas las condiciones, aunque las personas mayores y quienes presentan factores de riesgo preexistentes (enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer, inmunodepresión, embarazo y otras enfermedades crónicas) son más vulnerables a enfermarse gravemente. Además, los estudios muestran que el impacto de la pandemia en la sociedad no solo conlleva consecuencias en la dimensión física de la salud, en un aumento de la morbilidad y la mortalidad, sino que repercute en la dimensión psíquica y en la social de las poblaciones.

En España los efectos de la COVID-19 conllevan que del 14 marzo al 21 junio de 2020 se declare una fase de estado de alarma, que impuso el distanciamiento social y la restricción de movimientos con base a la evidencia. Como consecuencia, los servicios sanitarios y los servicios sociales se declaran como *servicios esenciales*, entre otros servicios de primera línea dirigidos a proteger el bienestar, la salud y la seguridad ciudadana, destacándose la importancia de que estos servicios y sus profesionales actúen de forma indispensable ante las necesidades de personas mayores, menores, dependientes o con discapacidad (Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, BOE núm. 67, de 14/03/2020). La valoración esencial de los servicios sociales en la gestión de la crisis sanitaria, y no únicamente de los servicios sanitarios, supone reconocer la importancia de atender de forma ineludible e inaplazable la situación crítica de los colectivos destinatarios de los mismos (personas mayores, menores, con adicciones, sin hogar, con discapacidad, inmigrantes y refugiadas, víctimas de violencia de género, etc.), en centros y entidades públicas y privadas con y sin ánimo de lucro (tercer sector y empresas de servicios) (Orden SND/295/2020, de 26 de marzo, por la que se adoptan medidas en materia de recursos humanos en el ámbito de los servicios sociales ante la situación de crisis ocasionada por el COVID-19, BOE núm. 86, de 28/03/2020). Del mismo modo en el ámbito internacional, en marzo de 2020, la Alianza mundial de la fuerza laboral del servicio social junto a UNICEF, la Alianza para la Protección de la infancia en la Acción Humanitaria y la Federación Internacional de Trabajadores Sociales, subrayan la importancia de que los gobiernos consideren como esenciales a las profesiones que actúan en los servicios sociales, ya que por sus fuertes vínculos con la infancia, las familias y las comunidades están capacitadas para responder rápida y efectivamente a los riesgos asociados a la pandemia (Global Social Service Workforce Alliance *et al.*, 2020). Sin embargo, a pesar de estas declaraciones que equiparan la esencialidad entre un tipo y otro de servicios, los estudios nacionales e internacionales se han centrado de forma prioritaria en analizar la respuesta de las profesiones que trabajan en la primera línea de los servicios sanitarios ante la fuerte presión asistencial ocasionada por el impacto biomédico de la COVID-19, y minoritariamente en analizar la actuación de las profesiones que actúan en los servicios sociales ante los efectos sociales negativos de la pandemia (Redondo-Sama *et al.*, 2020). Aún más, escasas son las publicaciones que profundizan en el papel estratégico de profesiones de ayuda, como el trabajo social, que intervienen desde ambos ámbitos y además desempeñan un papel clave en la coordinación eficaz entre los mismos. Esto se debe a que las profesiones de ayuda están infradimensionadas, infravaloradas y marginadas, a pesar de ser prácticamente esenciales para nuestra supervivencia como sociedad (Gabura y Mojtova, 2022).

La respuesta del trabajo social en pleno auge y duración de la crisis provocada por la pandemia COVID-19, conforme a su rol profesional y disciplinar, se desarrolla de forma multinivel y multimétodo desde diferentes ámbitos de intervención profesional, entre los que se encuentran el social y el sanitario. Desde ellos, sus prácticas profesionales son fundamentales tanto de forma general (servicios sociales comunitarios y servicios de atención primaria de salud) como especializada (servicios sociales especializados de atención a la discapacidad, la dependencia, las adicciones, la violencia de género, etc., y servicios de atención sanitaria especializada, salud mental, etc.) para cubrir las necesidades sociales urgentes de los colectivos más vulnerables en un escenario incierto (Redondo-Sama *et al.*, 2020). Estas prácticas, en general, se caracterizan por reajustar temporalmente

la prestación de servicios presenciales, transitando hacia su transformación digital en un contexto de cambios y emergencia. De este modo, se distinguen por la necesidad de ofertar servicios telemáticos y remotos con el fin de favorecer el mantenimiento del contacto y las relaciones humanas entre proveedores y personas usuarias como un valor básico de la profesión (Roy y Kaur, 2020), entre otros valores profesionales que se han visto socavados o anulados por la pandemia (Amadasun, 2020).

Este trabajo presenta una revisión teórica sobre la actuación en primera línea que han desempeñado los servicios sanitarios y los servicios sociales y sus profesionales como servicios esenciales, destacando el papel del trabajo social en ellos, en tiempos de pandemia. Para ello, en primer lugar, se plantea un análisis de la definición de servicio esencial y los factores que inciden en la prestación de los servicios esenciales, así como una descripción del marco institucional en el que se desarrollan las prácticas profesionales de ayuda en ellos. En segundo lugar, se realiza un análisis del papel de trabajo social como profesión de ayuda en la primera línea en los servicios sanitarios y en los servicios sociales, desempeñando un papel clave ante los efectos negativos de la pandemia en las poblaciones más desatendidas e infravaloradas de la sociedad. El propósito es valorar de forma global e integral cómo su rol y funciones principales de promoción, prevención y atención social y sanitaria (a nivel micro, meso y macro) se adaptan a las consecuencias y cambios impulsados por el contexto social, sanitario, económico y político de pandemia, desempeñando un papel esencial en la sociedad en situaciones de emergencia y acentuación de la vulnerabilidad.

2. LA DECLARACIÓN DE ESENCIALIDAD DE LOS SERVICIOS SANITARIOS Y LOS SERVICIOS SOCIALES EN PANDEMIA

En España, al inicio de la pandemia, el Estado declaró como esenciales aquellos servicios que estratégicamente actúan en situaciones de emergencia o crisis. Esta definición parte de lo que la Constitución Española de 1978 (BOE núm. 311 de 1978), en su art. 128.2, considera como servicio esencial cuando establece que "se reconoce la iniciativa pública en la actividad económica. 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". También, de lo que se define como servicio esencial en la Ley 8/2011, de 28 de abril, por la que se establecen medidas para la protección de las infraestructuras críticas (BOE núm. 102 de 29 de abril de 2011). Esta Ley 8/2011, en su art. 2, lo especifica como "el servicio necesario para el mantenimiento de las funciones sociales básicas, la salud, la seguridad, el bienestar social y económico de los ciudadanos, o el eficaz funcionamiento de las Instituciones del Estado y las Administraciones Públicas". En los mismos términos la definición de esencialidad queda recogida en el art. 2.7, de la Ley 17/2015, de 9 de julio, del Sistema Nacional de Protección Civil (BOE núm. 164 de 10 de julio de 2015).

En este marco jurídico la definición de esencialidad hace referencia, pues, a lo mínimo e indispensable para sobrevivir, algo que es temporal y que se refiere a servicios elementales, necesarios para el mantenimiento de las funciones sociales principales, así como el funcionamiento del propio Estado y sus instituciones. Sin embargo, en sentido amplio, comprende también los establecimientos, los centros de trabajo y las actividades que satisfacen necesidades de la población en conexión con sus derechos fundamentales (Consejo General del Trabajo Social, 2020). Esta definición en tiempos de pandemia incluye, por tanto, a los servicios sanitarios y a los servicios sociales como servicios esenciales para garantizar el buen funcionamiento del país en situación de crisis.

Por una parte, respecto al ámbito de los servicios sanitarios y sus profesionales, existe un reconocimiento universal de su función y labor que afecta directamente a las condiciones de vida y de trabajo de las poblaciones en general y las economías, como mecanismo fundamental para producir avances hacia la equidad y la salud universal. Así se establece en la Estrategia Mundial para el Desarrollo de los Recursos Humanos para la Salud (2015), y también forma parte de lo dispuesto en los objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030. El personal sanitario, según la Organización

Mundial de la Salud, es "toda persona que realiza tareas cuya principal finalidad es promover la salud", incluyendo a personas de diferentes campos disciplinares, entre los que también se encuentran profesionales del trabajo social (Ferla *et al.*, 2021). Por su parte, respecto al ámbito de los servicios sociales, el trabajo social tiene áreas y competencias asignadas en los primeros niveles de asistencia, que lo vinculan de forma directa con la emergencia sanitaria COVID-19, que ha provocado graves consecuencias sociales que afectan directamente a los procesos de integración social. Concretamente, la desigualdad (especialmente económica) se ha convertido en un factor central durante la pandemia, acentuándola y adquiriendo nuevas manifestaciones, tambaleando la autonomía social de buena parte de la población. En este contexto, los servicios sociales y otros ámbitos profesionales se han situado en la primera línea de intervención, tratando de garantizar a todas las personas, grupos o comunidades el acceso a los recursos, en igualdad de oportunidades, así como el apoyo para cubrir sus necesidades básicas, especialmente quienes se encuentran en una situación de vulnerabilidad o desventaja social (Consejo General de Trabajo Social, 2020).

En este contexto de crisis COVID-19, pretendemos revisar la práctica de las profesiones de ayuda como el trabajo social, analizando su actuación en el ámbito sanitario y social, como actividad declarada esencial en tiempos de pandemia. Es decir, examinando cómo las Administraciones Públicas han abordado el problema y sus consecuencias, especialmente en los primeros niveles de emergencia, que es donde se produce una demanda espontánea y urgente de las personas a sus gobiernos (Clemente *et al.*, 2021: 282).

Con relación a los factores que inciden en la prestación de los servicios declarados esenciales en la pandemia, entendemos que la prestación de los servicios sanitarios y los servicios sociales y la actuación de sus profesionales está determinada, en primer lugar, por su propia configuración. En segundo lugar, estos mismos aspectos están condicionados por la legitimidad o el distinto valor social y político que se otorga a un tipo y otro de servicios, junto a las posibilidades de visibilidad mediática que acoge la labor de ayuda que desempeñan distintas profesiones en ambos tipos de servicios.

Respecto a la primera cuestión, relativa a que la prestación de servicios sanitarios y servicios sociales ante la crisis está determinada por su propia configuración, en España existe una organización de la gestión del bienestar multinivel, que es propia de un modelo de descentralización de competencias del Estado a las comunidades autónomas. Este modelo caracteriza la construcción de los sistemas de protección social en nuestro país (la sanidad, la garantía de rentas y pensiones, la educación y los servicios sociales, enmarcándose en este último el sistema de autonomía y atención a la dependencia). Sin embargo, se trata de un modelo que no está exento de diferencias en su desarrollo, las cuales impactan de manera directa en la gestión asimétrica de la crisis acontecida a raíz de la pandemia.

Por una parte, el sistema sanitario se rige por un marco legislativo nacional (Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, BOE núm. 102 de 29 de abril; y Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, BOE núm. 128 de 29 de mayo de 2003). Junto a él, existen diecisiete legislaciones autonómicas que han dado lugar a la constitución de diecisiete sistemas autonómicos de salud. Por otra parte, el sistema de servicios sociales carece de una regulación homogeneizadora de carácter nacional. Así, desde el comienzo, fueron las comunidades autónomas quienes diseñaron sus legislaciones autonómicas dando lugar a la configuraron de sus propios sistemas de servicios sociales, de manera exclusiva. En la práctica, esto ha supuesto un desarrollo asimétrico de los servicios sociales en el estado español, pues han convivido en el tiempo modelos más avanzados (con leyes de servicios sociales de segunda y tercera generación, con cartas de servicios o catálogos de prestaciones de servicios sociales y el establecimiento de derechos subjetivos para algunas de las prestaciones y servicios) con modelos en otras comunidades autónomas que han tardado más en salir del patrón benéfico asistencial, y sólo recientemente han renovado su legislación y organización, acorde al resto de comunidades autónomas.

Junto a todo ello, la promulgación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (BOE núm. 299 de 15 de diciembre de 2006), la denominada comúnmente LAPAD, fue un punto de inflexión para el sistema de servicios sociales. Dicha Ley 39/2006 conlleva el reconocimiento del derecho a recibir servicios de promoción de la autonomía y atención a la dependencia, que tienen carácter prioritario, y que se prestan a través de la oferta pública de la red de servicios sociales de las comunidades autónomas (ya sea a través de centros y servicios públicos o privados concertados, debidamente acreditados). Los servicios están recogidos en el Catálogo de Referencia aprobado por Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia el 16 de enero de 2013, con independencia de su titularidad. Sin duda, esto contribuyó a que el proceso de adecuación legislativa de las comunidades autónomas rezagadas se acelerara. Aún así, el sistema de servicios sociales en España continúa siendo desigual, resultado de la capacidad de autoorganización exclusiva de los gobiernos autonómicos, lo que es una clara diferencia respecto a la configuración del sistema sanitario. También el sistema sanitario posee una gestión descentralizada en las comunidades autónomas, y del mismo modo permite la asimetría en la gestión de la salud entre los territorios. Sin embargo, la existencia de unos mínimos establecidos por el Estado, recogidos en la legislación básica del sistema nacional y que afectan directamente a la garantía de los derechos de la población usuaria, son una clara diferencia entre uno y otro sistema y explican meridianamente cómo la propia configuración del sistema condiciona el funcionamiento y la eficacia de este, especialmente en los momentos de emergencia e incertidumbre.

Respecto a la segunda cuestión, relativa a la legitimidad del sistema sanitario y del sistema de servicios sociales frente a la ciudadanía, la actuación de las profesiones de ayuda en la primera línea en situación de crisis está condicionada por el distinto valor que se otorga a un tipo y otro de servicios. Ello, y el refuerzo que adquiere este valor cuando se da visibilidad mediática, mostrando la labor profesional que se desempeña en ambos tipos de servicios. A modo de ejemplo, la legitimidad del sistema sanitario se vio reforzada por el respaldo político que la presidencia del gobierno de la nación otorgó a los órganos sanitarios que gestionaban la pandemia, con la coordinación del ministerio de sanidad (como autoridad competente delegada) y el funcionamiento de la comisión interterritorial del sistema nacional de salud. Esto no ha ocurrido con el sistema de servicios sociales. Es cierto que para ambos sistemas se reforzó la financiación y en el caso del ámbito social, con una importante dotación económica (un escudo social) para la ejecución de medidas sociales que "no dejaran a nadie atrás". Pero no se dio el esperado apoyo político, como tampoco el impulso a una estrategia de funcionamiento coordinado, de carácter intergubernamental, que hiciera frente común a la pandemia (y la consiguiente proyección mediática de este apoyo). Esto hubiera sido especialmente relevante para los servicios sociales puesto que la emergencia sanitaria, y sus consecuencias sociales, han marcado un punto de inflexión en los servicios sociales, que han tenido que reconvertirse con celeridad ante situaciones cambiantes y por una fuerte presión ciudadana con una demanda desbordante.

Es indudable que a nivel político (con el apoyo de los medios de comunicación) ha dominado la necesidad de ofrecer una respuesta biomédica dirigida a doblegar al nuevo coronavirus, subrayando la necesidad de evitar sobrecargar al sistema sanitario y destacando su valor social. Esto ha motivado que el sistema de servicios sociales haya permanecido invisible, desvalorizado y con insuficientes profesionales o recursos, lo que le ha dificultado aún más sus posibilidades de atender con éxito las nuevas necesidades de urgencia social de personas, grupos o comunidades, en situación de mayor vulnerabilidad y desventaja social en tiempos de pandemia. Ahora ya contamos con datos, que se han ido generando en el último año, que evidencian los enormes daños estructurales que la pandemia ha producido, con consecuencias devastadoras a nivel económico y social, no sólo sanitario. También conocemos las diferencias en la actuación de uno y otro sistema, y es indudable que, aún, algunos centros de servicios sociales en España siguen funcionando en base a un modelo asistencialista, lo que se ha incrementado con la crisis del COVID-19: dejan de trabajarse los procesos (incluida la

prevención), a favor de las prestaciones y recursos de subsistencia que desbordan completamente la actividad diaria de los mismos. Todo ello, a pesar de que el funcionamiento de los servicios sociales ha sido muy positivo desde el punto de vista de los efectos de la emergencia sanitaria por la capacidad de amortiguación de dichos efectos sobre la población más vulnerable.

3. LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES DE AYUDA ESENCIALES EN LOS SERVICIOS SANITARIOS Y EN LOS SERVICIOS SOCIALES EN PANDEMIA

Este trabajo pretende poner en valor la actuación de los servicios sanitarios y los servicios sociales y sus profesionales de ayuda, como el trabajo social, como respuesta esencial ante la crisis COVID-19. La decisión del gobierno de decretar un estado de alarma supuso el confinamiento de la ciudadanía en sus casas, salvo salidas excepcionales, y la suspensión de todas las actividades socioeconómicas, excepto las declaradas esenciales. Es cierto que al principio del estado de alarma los servicios sociales no fueron considerados como una actividad esencial, y ello a pesar de que en el año 2006 la comisión europea ya había declarado a los servicios sociales de interés general en la UE como "servicios sociales esenciales con una función preventiva y de cohesión social que aportan una intervención facilitadora de la inclusión social y garantizan la realización de los derechos fundamentales". Sin embargo, el confinamiento inmediatamente puso de relieve las graves consecuencias de la paralización de la actividad económica y sus efectos sobre el empleo y las condiciones de vida de la población, con especial incidencia en la población más vulnerable, usuaria de servicios sociales, que quedaría completamente desamparada por el estado de emergencia. De esta manera, el 20 de marzo de 2020, la Vicepresidencia de Derechos Sociales y Agenda 2030 acordó en el Consejo Interterritorial con las comunidades autónomas que los trabajadores y las trabajadoras de servicios sociales pasaran a tener la consideración de "servicios esenciales". Para que estos servicios se pudieran garantizar al conjunto de la población y específicamente a la población más vulnerable, la Orden SND/295/2020, de 26 de marzo, reguló de manera concreta los servicios sociales, considerándolos un servicio esencial, e instó a garantizar la adecuada y debida asistencia de los colectivos destinatarios de los servicios sociales, que precisaban de una atención ineludible e inaplazable, y hacía preciso adoptar una serie de medidas.

Esta orden propone el desarrollo de medidas dirigidas a proteger el bienestar, la salud y la seguridad de la ciudadanía y la contención de la progresión de la enfermedad. Se atribuye al IMSERSO-Instituto de Mayores y Servicios Sociales, y a las autoridades competentes de cada comunidad autónoma la garantía de la eficacia de las medidas dispuestas, quienes deberán dictar las resoluciones e instrucciones que sean necesarias. De esta forma, la orden vincula a todos los centros y entidades que presten cualesquiera de los servicios contenidos en el Catálogo de Referencia, aprobado por Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (2013), con independencia de su titularidad, así como a sus trabajadores y trabajadoras cualquiera que sea la naturaleza de su relación contractual o administrativa. Además, el carácter de servicios esenciales abarca también a los centros y entidades de titularidad privada, con y sin ánimo de lucro, que junto a los centros y servicios públicos atenderán de forma ineludible e inaplazable a los principales colectivos destinatarios de los mismos (personas mayores, menores, con adicciones, sin hogar, con discapacidad, inmigrantes y refugiadas, víctimas de violencia de género, etc.)

Se propone, igualmente, que el IMSERSO y las comunidades autónomas, en sus respectivos ámbitos de competencia en materia de servicios sociales, podrán adoptar las medidas necesarias para la protección de las personas, bienes y lugares, pudiendo imponer a los trabajadores y trabajadoras de los servicios sociales la prestación de servicios extraordinarios, ya sea en razón de su duración o de su naturaleza. Todo ello sucede en un contexto de crisis y falta de personal, por lo que desde el Consejo General de Trabajo Social (2020) se subraya la importancia de establecer protocolos y criterios unificados de intervención ante cualquier situación emergencia o crisis. Finalmente, pone

de relieve la importancia de hacer una previsión de la postcrisis. Para todo lo anterior, el Fondo de Contingencia -y mediante el suplemento de crédito pertinente, concedido al Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030-, promueve las correspondientes transferencias a las autoridades estatales y autonómicas en el ámbito de los servicios sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para la financiación de las actuaciones previstas en la presente orden

Paralelamente, el sistema sanitario había sido declarado servicio esencial en el mismo Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, del estado de alarma, al incluir como excepción a la situación de confinamiento la movilidad ciudadana si era para asistir a centros, servicios y establecimientos sanitarios, que permanecerían abiertos. Posteriormente, mediante la Orden SND/344/2020, de 13 de abril, se establecen medidas excepcionales para el refuerzo del Sistema Nacional de Salud y la contención de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 (BOE núm. 104 de 14 de abril de 2020). Así, se establece la obligación de los servicios sanitarios privados de estar disponibles para formar parte o reforzar el sistema de salud pública, quedando a disposición de las comunidades autónomas, en un contexto de coordinación con el Ministerio de Sanidad. Esto incluía la fijación de precios de las pruebas diagnósticas para la detección del virus, a fin de evitar situaciones abusivas en un contexto de emergencia sanitaria. Finalmente, es la autoridad pública del sistema sanitario la que establece los procedimientos y el circuito para cumplir con los objetivos y con las tareas de vigilancia y contención de la epidemia.

Sirvan estas breves explicaciones sobre la consideración del sistema sanitario durante los primeros momentos de la declaración del estado de alarma, de la que hay abundante literatura que narra cómo dicho sistema se preparó para afrontar la emergencia sanitaria en la primera línea. Por otra parte, la mayoría de los trabajadores sociales y trabajadoras sociales desempeñan sus funciones en los centros de servicios sociales, públicos y privados, de ahí que se centre la atención en el ámbito social, preferentemente. Además, muchas de las circunstancias que vivieron tales profesionales son válidas y aplicables tanto al ámbito sanitario como social, como servicios esenciales. Tal es el caso, por ejemplo, de las dificultades para acceder a los servicios debido a la necesaria transformación digital que hubo que realizar como consecuencia de las medidas de contención del virus. En todo caso, se incide en la idea del carácter esencial de la práctica profesional del trabajo social durante la pandemia y después, ya que seguirá siendo fundamental para evitar el aumento de la brecha social cuyo impacto aún se está valorando, como efecto de la crisis. Esto es especialmente relevante en el ámbito de los servicios sociales, en donde se viene produciendo un desmantelamiento de lo público y donde la emergencia sanitaria ha evidenciado más aún la fragilidad del sistema (León, 2021). En este sentido, el impacto de la pandemia en las residencias de servicios sociales para mayores ha sido especialmente grave, mostrando las carencias preexistentes para disponer de recursos humanos suficientes (Montserrat, 2021; Pollock *et al.*, 2020). Las condiciones laborales de los y las trabajadoras sociales en las residencias, en el acompañamiento y cuidados de las personas residentes en condiciones de aislamiento total, reflejan la resiliencia y la importancia de la profesión así como el enorme esfuerzo realizado y la máxima implicación, pese a que desde el punto de vista mediático su rol haya sido menos visible que el de los profesionales sanitarios (medicina y enfermería, principalmente). La ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia incorporó un modelo residencial y, desde la perspectiva del trabajo social, su implantación involucra a los y las profesionales atendiendo las necesidades de las personas dependientes, que requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía. La literatura especializada ha advertido de la inadecuación de este modelo de atención residencial, así como de la inexistencia de planes de contingencia, que afectan a recursos humanos y materiales (Vicente, 2020). El propio Ministerio de Sanidad ha reconocido que las residencias de atención a personas mayores y en situación de dependencia han sido el recurso más vulnerable frente al coronavirus.

El sistema sanitario es cada vez más completo y eficaz para atender lo agudo pero falla en la atención a los cuidados de larga duración y a la cronicidad. Por el contrario, el sistema de servicios sociales cuenta con una buena base procedimental y con parte de las herramientas necesarias para ofrecer una correcta intervención sanitaria tanto en la prevención como en la atención a situaciones de dependencia, si bien históricamente, nunca ha desempeñado un papel protagonista en este entorno (Vicente, 2020: 292). Este es el escenario en el que se debe hacer frente a la emergencia sanitaria y en donde se destaca el papel estratégico que el trabajo social ha desarrollado, desde ambos ámbitos, siendo clave en la coordinación eficaz entre los mismos, puesto que hay colectivos que necesitan cuidados de larga duración, que tienen enfermedades crónicas o que están en situación de dependencia y tienen problemas o necesidades sociales. Sin embargo, esto no es una novedad que haya traído la pandemia puesto que, tradicionalmente, el trabajo social ha jugado un papel clave dentro de los equipos interdisciplinares desarrollando funciones de planificació y organización, atención a las necesidades de los y las usuarias, velando por sus derechos y siendo el enlace entre las personas residentes y su entorno.

Las dificultades y los déficits de coordinación con el sistema sanitario ante la imposibilidad de derivar a los hospitales a personas residentes por falta de camas y por priorizar a pacientes más jóvenes, obligó a los centros residenciales a ocuparse de ellos sin tener medios apropiados ni equipos imprescindibles. De esta manera, el rol profesional durante la primera ola se centró en gran parte en la comunicación telefónica con las familias, la supervisión en la utilización correcta de equipos de protección, o el apoyo y coordinación de las tareas dentro de las residencias. Dicho rol ha transitado desde un carácter más personal a otro con un fuerte componente digital, si bien la interacción humana sigue siendo un elemento fundamental, como es promover las relaciones humanas.

Finalmente, el concepto de esencialidad debe materializarse en decisiones y prácticas concretas que nos delimitan claramente por qué son servicios esenciales, y que los profesionales y las profesionales de la primera línea han ido construyendo durante los primeros meses. A veces, con indicaciones y directrices claras y precisas, a veces improvisando y construyendo (o reconfigurando) las prácticas institucionales, ante la ausencia de claridad de cómo gestionar los procesos y los procedimientos que ya no eran válidos en un contexto de aislamiento y distancia social, y con cierre de todas las actividades que no fueron declaradas esenciales. En todo caso, la citada esencialidad aparece como criterio vertebrador de las intervenciones de los actores, especialmente las que van referidas a la población más vulnerada en sus derechos.

4. EL TRABAJO SOCIAL EN LA PRIMERA LÍNEA ANTE LOS EFECTOS SANITARIOS Y SOCIALES DE LA PANDEMIA EN POBLACIONES VULNERABLES

La crisis COVID-19 agrava y origina crecientes desigualdades económicas, sociales y sanitarias en y entre los distintos países del mundo, lo que genera en la comunidad científica la necesidad de identificar cuáles son los principales factores de riesgo que influyen en las posibilidades de afrontarla con éxito o minimizar su impacto negativo. Estos aspectos, en la literatura de trabajo social se abordan primordialmente mediante la identificación y visibilización de los distintos grupos sociales que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad o desventaja social, así como en el análisis de cuáles son los principales problemas, que ya sufrían o bien emergen ahora con mayor urgencia, como consecuencia de la pandemia.

La mayor parte de la literatura producida por trabajo social durante las primeras etapas de la crisis COVID-19, enfatiza el desigual impacto sanitario y social que la crisis COVID-19 origina en determinados colectivos que ya eran vulnerables con anterioridad a ella, y que ahora ven restringido su acceso a los servicios y programas de atención (Amadasun, 2020). Entre ellos, los principales estudios consultados destacan que, en el inicio de la crisis COVID-19, los grupos más vulnerables de personas usuarias de servicios sanitarios, servicios sociales o ambos tipos de servicios fueron los siguientes: personas mayores que viven solas o en residencias (Putnam y Shen, 2020), personas en

situación de dependencia y discapacidad (Gallego et al, 2021), personas con enfermedades crónicas (Cox, 2020), personas en situación de pobreza (Krumer-Nevo y Refaeli, 2021), personas, familias y grupos que viven en zonas de marginación social o infraviviendas en zonas urbanas (Ashcroft *et al.*, 2021), personas, familias y grupos con problemas propios de habitar en zonas rurales (Ekoh *et al.*, 2020; Henley *et al.*, 2021); y otros grupos vulnerables como la infancia y la juventud (Munro, 2020; Raffert, 2020), las poblaciones inmigrantes y refugiadas (Lim, *et al.*, 2020; Nisanci *et al.*, 2020; Wilson *et al.*, 2020; Cross y Gonzalez, 2021), las minorías étnicas y raciales (Rodríguez, 2020), las personas LGTBIQ+ (Paceley *et al.*, 2021), las personas sin hogar o en situación de calle (Wu y Karabanow, 2020; Matulic-Domandzic *et al.*, 2021), la población reclusa (Beech *et al.*, 2020), las mujeres víctimas de violencia de género (Montenegro y Montenegro, 2020; Pretto, 2021; Shah y Mufeed, 2022), las mujeres en contextos de prostitución y/o trata con fines de explotación sexual (Bordallo *et al.*, 2020) y las personas con distintos problemas de adicción (Pitts, 2020).

Respecto a los principales problemas atendidos que presentan las poblaciones vulnerables, prácticamente la totalidad de los estudios producidos por trabajo social subraya la importancia de prestar una atención urgente o inmediata ante las necesidades de estos grupos de poblaciones vulnerables en situación de crisis (Redondo-Sama *et al.*, 2020). También, enfatizan la relevancia de salvaguardar la continuidad de los servicios, como forma de prevenir o evitar una ruptura ante las condiciones de excepcionalidad en la gestión inicial de la crisis (Muñoz-Moreno *et al.*, 2020), así como de promover el trabajo en red (Yu *et al.*, 2021), y fortalecer las actuaciones de coordinación sociosanitaria ante la complejidad de las necesidades sufridas por determinados grupos vulnerables, como por ejemplo las personas mayores tras el alta hospitalaria por COVID-19 (De la Fuente, 2020; Naylor *et al.*, 2020). Además, la identificació y análisis de los problemas atendidos en la literatura de trabajo social está representada por el ámbito de intervención, - sanitario o social -, en el que se insertan sus profesionales y prestan la relación de ayuda a las poblaciones vulnerables en pandemia.

Por un lado, en los servicios sanitarios los principales problemas identificados se relacionan con necesidades que requieren una atención del trabajo social en el seno de un equipo interdisciplinar en distintos establecimientos sanitarios. Entre ellas, destacan actuaciones de salud pública (Ajibo, 2020; Hiu-Kwan *et al.*, 2021), la atención en cuidados paliativos (Barbero *et al.*, 2020; Dhavale *et al.*, 2020), la atención a pacientes oncológicos (Albano *et al.*, 2021; Douglas *et al.*, 2021), la atención domiciliaria a personas mayores (Franzosa *et al.*, 2021), el apoyo a personas cuidadoras (Fargion *et al.*, 2020), y la atención a problemas de salud mental ya existentes o emergentes como el aumento del estrés y ansiedad, depresión y suicidio (King *et al.*, 2021). Además, otras actividades realizadas han consistido en desarrollar funciones de rastreo y seguimiento de contactos (Ross et. al, 2020; Calleja, 2022), servicios de telesalud (Cristofalo, 2021), telesalud mental (Reilly *et al.*, 2020), intervención psicosocial a pacientes hospitalizados (Belda *et al.*, 2020), y atención al duelo (Fox *et al.*, 2021), entre otras.

Por otro lado, en los servicios sociales los principales problemas atendidos se relacionan con uno de los grupos que han sufrido en mayor medida la pandemia como son las personas mayores y las personas en situación de dependencia (Martínez y Girón, 2020). En esta línea, algunos estudios más allá de centrarse en la necesidad de prestar servicios directos para atender la salud y las necesidades básicas de las personas mayores, apuestan por fortalecer prácticas de intervención comunitaria en el envejecimiento saludable (Pestine-Stevens y Greenfield, 2020). Otras problemáticas analizadas se refieren a la urgencia o emergencia de atender las necesidades de colectivos vulnerables como las consecuencias del distanciamiento social, la cuarentena o incomunicación, el aislamiento y la soledad (Teater *et al.*, 2021), y la falta de apoyo familiar y social mediante la puesta en marcha servicios de detección de necesidades. También, identifican la importancia de garantizar la gestión de prestaciones básicas (como información, orientación y asesoramiento, la ayuda a domicilio y diferentes ayudas económicas). En esta línea, se identifica la importancia de responder ante problemas derivados de la

reducción de ingresos, desempleo y aumento de pobreza, mediante medidas de protección económica y social.

Además, algunos estudios del ámbito de los servicios sociales subrayan que han vivido una situación sin precedentes, lo que ha alterado sus funciones habituales y les ha provocado una situación de desbordamiento, a pesar de estar acostumbrados a trabajar en situación de estrés y riesgo (Muñoz-Moreno *et al.*, 2020). En la misma línea, otros estudios señalan cómo la emergencia social originada por la pandemia ha puesto en evidencia la complejidad de la intervención social y de su adaptación, teniendo que tomar diferentes medidas para afrontarla para responder a las distintas problemáticas de las poblaciones vulnerables como: modificación del perfil y del número de personas usuarias con demandas económicas en los servicios sociales generales, soledad extrema, crisis familiares y personales, aumento de la fragilidad por ausencia de red social de apoyo, deterioro cognitivo acelerado por el aislamiento y la falta de estímulos (Arauz, 2020). Lau *et al.* (2021) resaltan la importancia de promover la vigilancia personal, prepararse para la crisis de salud mental y encontrar puntos fuertes en el apoyo social y comunitario. Para ello, destacan que el papel del trabajo social es fundamental en la educación sanitaria, la identificación de las carencias de los servicios, el mapeo de los recursos y la organización de acciones comunitarias para potenciar respuestas comunitarias flexibles y adaptables

Un volumen importante de estudios se centran en recoger recomendaciones o llamadas para la acción ante la necesidad de promover la justicia social y frenar el aumento de desigualdades injustas (Amadasun, 2020); identificar retos y desafíos éticos (Banks *et al.*, 2020a; Banks *et al.*, 2020b); promover el mantenimiento de su rol en tiempos de pandemia, denunciar violaciones de los derechos humanos, y reflexionar a modo de lecciones aprendidas para el futuro (Kawamura, 2021; Kwan *et al.*, 2021), entre otros aspectos centrales para abordar las problemáticas de la crisis.

Por último, otra línea de trabajo dominante, son los artículos que se centran en analizar cómo ha impactado la pandemia en el bienestar de las profesiones que intervienen tanto en los servicios sanitarios como en los servicios sociales (Martínez-López *et al.*, 2021). Además, resaltan la importancia de adoptar medidas de protección y autocuidado, la relevancia de analizar la salud ocupacional, así como de promover el manejo del estrés laboral, la sobrecarga y la toma de medidas para promover la resiliencia profesional como consecuencia de la pandemia (Peinado y Anderson, 2020).

Del análisis de las principales poblaciones y problemáticas atendidas por el trabajo social, se desprende que se puede establecer un paralelismo entre las actuaciones desarrolladas en la primera línea de los servicios sanitarios y los servicios sociales. Además, esta similitud también se extiende a la actuación desarrolladas por otras profesiones esenciales de ayuda como las profesiones que desarrollan su trabajo en los servicios sanitarios (medicina, y enfermería). Todas se caracterizan por prestar una atención ante la vulnerabilidad y el sufrimiento social ocasionado por las distintas circunstancias y consecuencias sociales y sanitarias ocasionadas o agravadas por la crisis, el estrés o el malestar psicosocial que genera su afrontamiento profesional por la implicación emocional, la falta de información o indicaciones claras, la carencia de recursos, la saturación o la burocratización ya existente en la configuración de los servicios sanitarios y los servicios sociales para hacerles frente

Respecto a los roles y funciones adoptadas por el trabajo social desde el ámbito sanitario y social en pandemia, los estudios abordan la relación existente entre la evidencia científica disponible sobre el impacto de la COVID-19 en la desigualdad y los modelos de intervención puestos en marcha para hacerles frente. De este modo, muestran distintas prácticas de intervención, en un esfuerzo creativo e innovador, por responder con diferentes abordajes a los efectos sanitarios y sociales que se agravan o emergen en tiempos de pandemia en las poblaciones vulnerables o en desventaja social. A este respecto, algunos estudios resaltan la utilización del modelo de intervención social en crisis (Wong y Leung, 2021; Arzauz, 2020) y, al mismo tiempo, la necesidad de adaptar las metodologías

y recursos a la situación que se iba planteando en cada momento, en la atención a la población demandante, ajustada a la excepcionalidad de la situación.

Otros estudios reflexionan sobre cómo la profesión estaba mal preparada para hacer frente al brote y a las desigualdades que conlleva, debido a que no existía una información clara sobre las funciones que debían desempeñar a gran escala, y a que su estandarización y formalización la ha vuelto menos flexible para responder a las necesidades emergentes (Kwan *et al.*, 2021). Por el contrario, otros estudios muestran cómo se ha desarrollado satisfactoriamente el desempeño de su rol y funciones en un contexto de organización del trabajo de emergencia y crisis, destacando que en general se produce un replanteamiento de los supuestos básicos de la intervención social y su transición hacia la prestación digital de servicios sanitarios y servicios sociales. Afirman así que pese a todo, la reorganización del trabajo en época de confinami nto ha impulsado la indagación, la innovación y la readaptación al cambio, poniendo en marcha iniciativas que han demostrado ser adecuadas y que han emergido de esa situación de excepcionalidad. Más concretamente, las nuevas formas de intervención han dado lugar a la innovación social.

En el ámbito de la salud mental en los Estados Unidos, Reilly *et al.* (2020) destacan que se produce un cambio hacia la prestación de servicios de telesalud, y que además la experiencia realizada confluye en una inclinación favorable hacia la adopción de este tipo de servicios en el futuro, lo que puede ayudar a ampliar la atención del malestar psicológico entre las poblaciones que lo necesiten más allá de la pandemia. Del mismo modo, Badran (2020) analiza las intervenciones en modalidad virtual desarrolladas por 365 profesionales del trabajo social del Líbano, organizados en 25 secciones de trabajo en crisis, mediante sesiones de sensibilización y vídeos de apoyo a 2.000 familias, 3.000 mujeres y 1.000 personas mayores afectadas por COVID-19. Cook y Zschomler (2020) examinan cómo las visitas domiciliarias más urgentes o de alto riesgo con niños, niñas, jóvenes y familias en Inglaterra se realizaron de forma virtual, analizando sus límites y potencialidades. Entre los límites identifican los asociados con la valoración inicial del bienestar infantil, el empleo de la virtualidad para reducir costes, el aumento del agotamiento profesional ante la pérdida de apoyo directo de otros y otras compañeras, la gestión adecuada de conversaciones confidenciales y delicadas, la importancia de no aumentar innecesariamente las intervenciones coercitivas y opresivas que pueden ser experimentadas con angustia a modo de vigilancia intrusiva por las familias, y la necesidad de no volver invisibles a otras familias que no respondiesen al criterio de alto riesgo. Entre las potencialidades subraya la importancia de proporcionar dispositivos móviles para realizar el trabajo a distancia, contar con un equipo de apoyo emocional para gestionar los retos de las visitas, y reflexionar sobre la implantación de modelos híbridos de práctica virtual y presencial.

La literatura muestra que el foco de la atención se ha dirigido a atender necesidades urgentes tanto en el plano sanitario como en el social, y que en todo caso la predominancia de atender un tipo u otro de necesidad está mediatizada por el ámbito de intervención donde se ejerce la práctica profesional. Además, una parte de los textos informa que en la mayor parte de las ocasiones las necesidades que se han atendido obedecen a problemas que ya eran permanentes o crónicos en las poblaciones vulnerables, pero que ahora se agravan. Sin embargo, el tratamiento que realizan sobre estas necesidades no está centrado en la necesidad de prestar una continuidad del servicio, sino que se resalta la importancia de atenderlas en un momento en el que se agudizan o se vuelven urgentes y la práctica profesional debe transformarse para afrontarlas. Otra parte de los textos se dedica a identificar nuevas necesidades sanitarias y sociales que emergen como situaciones temporales que es necesario atender de forma prioritaria para evitar que se cronifiquen en el tiemp

Amadasun (2020) destaca que el papel del trabajo social debe asumir el rol de profesionales de la educación, consejería y referencia vinculando a las poblaciones cuidadas con sus cuidadores y cuidadoras. Subraya que su respuesta es fundamental en la política social, abogando por respuestas políticas *ad hoc* de provisión de transferencias económicas o servicios, así como por opciones políticas a

largo plazo mediante redes de seguridad duraderas en forma de infraestructuras de servicios, incluyendo la preservación del medio ambiente. Por su parte, Roy y Kaur (2020) identifican cuáles han sido los principales roles y funciones adoptadas por la profesión del trabajo social en la crisis COVID-19, destacando que fundamentalmente giran en torno a los siguientes ámbitos. El primero se refiere al trabajo social de salud mental con énfasis en los servicios de apoyo y asesoramiento psiquiátrico. En este ámbito destacan la importancia de mantener el contacto humano de cualquier manera en la que sea posible en tiempos de distanciamiento y aislamiento social (telesalud, comunicación electrónica, terapia en línea, organización de seminarios online para aprender consejos y evitar la soledad, la depresión o el estrés, etc.). Además, los autores destacan cómo los y las profesionales a través de la comunidad virtual de Twitter (como por ejemplo *#Macro SW Moderator*) han compartido recursos y aprendizajes para poder adaptar sus respuestas ante las nuevas necesidades. También, subrayan el papel de otras redes sociales como Instagram a la hora de fortalecer la participación con las personas usuarias ofreciendo consejo, apoyo en línea u otros servicios. El segundo ámbito se relaciona con el rol del trabajo social médico como parte del trabajo social clínico. En este ámbito destacan la importancia de promover la prevención primaria y la intervención temprana para reducir la morbilidad de la salud mental en tiempos de pandemia. Además, destacan su especial cualificación en prestar ayuda en el tratamiento integral de las personas. El tercer ámbito se refiere a la sensibilización y conciencia comunitaria como parte del método de organización comunitaria de trabajo social. Se trata de un ámbito útil para sensibilizar, y difundir información y conocimientos efectivos, debilitando rumores. El quinto ámbito se refiere a la caridad, el socorro y la acción voluntaria como parte del método de trabajo social de la administración del bienestar social. Este ámbito posibilita garantizar que las necesidades básicas de las poblaciones más vulnerables sean cubiertas a través de alimentos, medios de protección y otros artículos esenciales. También incluye el envío cartas o realización de llamadas telefónicas. El último ámbito, se refiere al papel de la investigación y asesoramiento en trabajo social como método para proponer intervenciones basadas en la realidad de los hechos.

Barbero *et al.* (2020) se centran en analizar el rol del trabajo social sanitario durante la pandemia prestando especial atención a distintas intervenciones realizadas en el ámbito de los cuidados paliativos. Estas experiencias incorporan atención presencial y telemática. Entre otros aspectos, refleja que a pesar de la escasez y paralización de recursos sociales, la combinación de este tipo de atención permite promover un cuidado proactivo que favorece la detección de necesidades, el diseño de planes de intervención ajustados a la situación real del paciente y sus familias, y la continuidad asistencial en el final de la vida. Yu *et al.* (2021) destaca que la profesión del trabajo social en el ámbito de la salud ha participado de forma significativa en la respuesta a la pandemia en China, desarrollando una actuación innovadora de trabajo en red interdisciplinar a distancia durante los brotes con el objetivo de responder a los distintos tipos de necesidad experimentados por personas y familias. Este marco permite integrar los recursos sociales y médicos con los recursos sociales para amortiguar los impactos negativos de la enfermedad.

El análisis de las estrategias profesionales de uno y otro ámbito, sanitario y social, manifiestan una falta de instrucciones claras y concretas sobre cómo actuar, una escasez de medios y recursos para realizar el trabajo presencial y el teletrabajo, y una insuficienc a de recursos humanos. Además, reflejan los límites que plantean las intervenciones ante la complejidad de las problemáticas que se atienden en cada sistema. Algunas de ellas han requerido y requieren coordinación de actuaciones, para proporcionar una atención integral. De hecho, podría afirmarse que ha sido muy activo (a veces único) el papel que han desarrollado los órganos corporativos que regulan la profesión, como es el Consejo General del Trabajo Social y resto de colegios que se reparte por la estructura territorial del Estado. Igualmente, la Federación Internacional de Trabajadores Sociales y otras organizaciones regionales, que desde el comienzo de la crisis se han esforzado por trabajar de forma coordinada y elaborar recomendaciones, propuestas, pautas desde el trabajo social para guiar a la profesión como actividad esencial. En los distintos ámbitos y contando con la colaboración de personas expertas, los

colegios y las organizaciones representativas han querido prestar una colaboración indispensable al ser una labor más compleja y con multitud de obstáculos y límites que la emergencia sanitaria ha causado en la población. Sus consejos y recomendaciones, habida cuenta de que, a veces, la rigidez de los protocolos impedía la realización de algunas de las funciones tradicionales del trabajo social (es el caso de las intervenciones ante situaciones de duelo o ante la despedida de familiares) para impedir nuevas reinfecciones, ha sido crucial para no desviarse del objetivo de que las personas pudieran recibir una adecuada atención social y sanitaria, actuando de forma sinérgica.

5. CONSIDERACIONES FINALES

En el momento en que se ha escrito este texto, más de 550 millones de personas de todo el mundo han sido infectadas por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2, y más de 6,3 millones han muerto debido a la enfermedad COVID-19 según el recuento diario independiente realizado por la Universidad Johns Hopkins de Estados Unidos sobre la situación internacional del coronavirus. Estados Unidos, Brasil e India son los países que reúnen una mayor cifra de casos y fallecimientos en términos absolutos, al tiempo que en términos relativos Perú presenta la tasa de mortalidad más elevada. En España los datos ascienden a más de 13 millones de casos confirmados y notificados, y a más de 109 mil personas fallecidas y notificadas por la enfermedad según datos del Ministerio de Sanidad del Gobierno de España (con fecha de 15 de julio de 2022). El aumento acelerado de casos en el mundo en tan solo unos meses (de 300 millones en enero a más de 550 millones en julio de 2022) se debe fundamentalmente a la expansión internacional de la variante ómicron. Sin embargo, este aspecto convive con una caída de la mortalidad debido en gran parte a las campañas de vacunación que, a su vez, deben continuar promoviéndose junto al mantenimiento de estrategias de prevención y detección. Esta caída, en el caso español ha conllevado que hayamos pasado de ser el segundo país con una mayor tasa de mortalidad en pleno auge de la crisis, a dejar de encontrarnos entre los veinticinco países con mayor mortalidad. Por tanto, podemos decir que el objetivo de doblegar la curva epidémica y reducir la morbilidad y la mortalidad por COVID-19, con el fin de controlar biomédicamente su propagación para evitar sobrecargar, más de lo que ya lo estaba, el sistema sanitario (particularmente los centros hospitalarios) se ha alcanzado con mayor o menor acierto.

Durante este tiempo, las cifras de casos de infección y muerte conviven con la existencia de las desigualdades sistémicas ya existentes, y con la expansión precipitada de los efectos sociales y sanitarios de la crisis a la que da lugar, y que impacta en mayor medida en las poblaciones vulnerables provocando un exceso de sufrimiento en el bienestar social y la salud. El análisis de los efectos sociales, sanitarias, económicas y políticas que ha ocasionado la COVID-19 ha generado un volumen significativo de evidencia científica con aportaciones de diferentes disciplinares útiles y pertinentes, pero también con relatos a veces parciales o apresurados (De Almedia-Filho, 2022). Sobre la base de estos análisis, la mayor parte de los gobiernos de los distintos países del mundo han adoptado medidas políticas sanitarias dirigidas principalmente a prevenir, contener o frenar el impacto de la COVID-19, con mayor o menor éxito, frente a tratarlo o reducir los daños asociados.

Entre las principales actuaciones realizadas, en este trabajo hemos destacado la necesidad de visibilizar el nexo de unión existente entre el trabajo social y la pandemia COVID-19 (Amadasun, 2020), de forma que cobra importancia la adopción de medidas sociales ante la crisis, más allá de buscar soluciones únicamente biomédicas. Todo ello, subraya el origen social de las desigualdades acrecentadas por la crisis, y nos invita a realizar análisis multinivel de sus efectos individuales, colectivos y contextuales. Además, nos insta a ofrecer respuestas integrales que impliquen una actuación intersectorial de los servicios sanitarios, los servicios sociales, la atención a la dependencia, la educación, el empleo, la vivienda y el medio ambiente, entre otros ámbitos de protección social. En este marco de actuaciones, hemos resaltado la importancia de declarar los servicios sanitarios y los servicios sociales como esenciales para la sociedad, junto a la necesidad de que la prestación de estos servicios esté dotada de suficientes profesionales en la primera línea de ayuda y recursos financieros

para hacerlos efectivos y sostenibles. La experiencia acumulada en anteriores crisis nos ha mostrado que la reducción de presupuestos, limitando los recursos disponibles para cubrir las necesidades de los grupos más desfavorecidos y desfortaleciendo los Estados de Bienestar, incrementa las desigualdades sociales (Spijker, 2020). De este modo, aunque el reconocimiento del valor de estos servicios es primordial, no es suficiente para poder actuar ante las consecuencias que la pandemia COVID-19 está generando en individuos, familias, grupos y comunidades, y sus intersecciones, las cuales se han exacerbado y aún se seguirán agravando durante un largo tiempo. En definitiva, las implicaciones sociales y sanitarias de la crisis COVID-19, como en otras situaciones de dificultad, depende en gran medida de las políticas económicas y sociales preexistentes (como, por ejemplo, aquellas destinadas a garantizar un mínimo de ingresos; el Ingreso Mínimo Vital a nivel estatal y el Ingreso Mínimo de Solidaridad y la Renta Mínima de Inserción Social a nivel andaluz), de la red de seguridad, de la mejora de los pilares de protección del Estado del Bienestar y de las redes sociales y familiares.

Cuando hablamos de servicios sanitarios y servicios sociales como esenciales parece que nos estamos refiriendo a la misma realidad, porque ambos han sido declarados necesarios e indispensables para el funcionamiento del propio Estado en tiempos de pandemia, y porque gestionan necesidades de la población que están en conexión directa con sus derechos fundamentales. Sin embargo, siendo así, no se pueden equiparar ambas expresiones de esencialidad. La Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, en su art. 25, afirma que "toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia sanitaria y los servicios sociales necesarios". De ahí se deriva que la salud es un derecho humano fundamental y que es mucho más que la ausencia de enfermedad. Al mismo tiempo, la sociedad no duda que el sistema sanitario, con sus equipamientos, recursos y profesionales es la garantía del derecho fundamental a la salud. Sin embargo, esto mismo no se puede aplicar a los servicios sociales en España, pese a que la Declaración Universal de los Derechos Humanos nombra expresamente y en el mismo nivel el derecho a la salud y al bienestar, así como la asistencia sanitaria y los servicios sociales necesarios. Más aún, se refiere a una serie de necesidades básicas que forman parte del contenido de los servicios sociales. Se acepta igualmente que hay factores sociales, ambientales y culturales que inciden en el estado de salud de las personas y que dichos factores han condicionado cómo estas han podido hacer frente a la pandemia. Esto quiere decir que las funciones y actividades esenciales de los servicios sociales y profesionales del trabajo social está condicionada, a su vez, por el distinto valor social y político que se otorga a un tipo y otro de servicios, junto a las posibilidades de visibilidad mediática que acoge la labor profesional que se desempeña en uno u otro tipo de servicio en la primera línea. Las razones de ello podemos remontarlas en el tiempo, como se ha explicado, y es por lo que se ha tenido que hacer en un esfuerzo discursivo (por parte de la literatura especializada y también por parte de la profesión) por aclarar y recordar cuál es el rol que juegan los servicios sociales y profesionales del trabajo social en las sociedades postindustriales actuales. Especialmente, en los meses de confinamiento, la red primaria de atención de los servicios sociales, al ser una red de proximidad implantada en todo el territorio, cercana y accesible ha permitido prestar servicios básicos a las poblaciones más vulnerables, poniendo en marcha medidas que amortiguaran los efectos generados por la crisis. Sin embargo, como se ha recordado tantas veces, el carácter esencial de los servicios sociales y del trabajo social no pasará de ser papel mojado si no se refuerzan en el periodo postcrisis COVID-19. Si el sistema no sale fortalecido por el refuerzo de equipos profesionales, el incremento de presupuestos y el impulso de medidas sociales ante la previsible crisis social y económica, como ha apuntado el Consejo General de Trabajo Social, el posible impacto de los servicios sociales sobre la población usuaria quedará deslegitimada y sin el respaldo social necesario para su consideración como un verdadero servicio esencial en la etapa postcovid.

El trabajo social como profesión de ayuda en la primera línea, acumula una larga historia de respuesta ante las necesidades sociales de las poblaciones más vulnerables durante tiempos de crisis y desastres (Miller *et al.*, 2021). Sin embargo, la emergencia de la COVID-19 y sus múltiples

implicaciones asociadas, ha ocasionado que la profesión se enfrente a uno de sus momentos más desafiantes para cubrir nuevas necesidades sociales urgentes (Redondo, *et al.*, 2020). Para responder ante ellas hemos analizado cómo ha afrontado con éxito el imperativo de cambiar las herramientas, métodos y modelos de intervención. Entre estos cambios, la literatura ha subrayado la importancia de mantener el fomento de la humanización y la personalización de la atención bajo modelos centrados en las necesidades de las personas con distintas fórmulas. El problema, por tanto, no es qué prestaciones se han realizado, si no cómo se han facilitado los servicios en un escenario cambiante, lo que insta a explorar nuevas respuestas innovadoras y creativas en la prestación de servicios sanitarios y servicios sociales y en la relación o coordinación entre los mismos. De este modo, la respuesta del trabajo social en los servicios sanitarios y en los servicios sociales ha sido esencial para promover las relaciones con las personas usuarias en un contexto de incipiente transformación digital. Este aspecto coincide con el mensaje "promoviendo la importancia de las relaciones humanas" transmitido a nivel mundial por la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS), la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (AIETS) y el Consejo Internacional de Bienestar Social, en la celebración consecutiva del día internacional del trabajo social durante los años 2019 y 2020 (Roy y Kaur, 2020). Mensaje que, a su vez, es el cuarto tema fomentado por la Agenda Global 2010-2020 para el Trabajo Social y Desarrollo Social, y uno de los valores centrales de la profesión tal y como se establece en los principios y normas de ética internacionales y nacionales. Este aspecto subraya la contribución a la humanización de los servicios sanitarios y sociales, que se deriva de la interacción de los y las trabajadoras sociales con las personas usuarias en la gestión del día a día de la pandemia, desempeñando diferentes roles y funciones en distintos ámbitos carentes de los recursos suficientes

Tras dos años de pandemia, cada vez cobra más fuerza la idea de que la vuelta a la normalidad será una nueva normalidad y no un retorno a la situación anterior al año 2020. Sin embargo, el escenario es incierto y de hecho algún autor y autora esboza varios mundos posibles en los que el trabajo social tendrá que lidiar con algunos dualismos: un mundo digital global y un sector de la población desprotegida y empobrecida en estos años en los que la emergencia sanitaria ha hecho estragos, por citar algún ejemplo. Frente a anuncios de crecimiento económico y de recuperación paulatina de las cifras macroeconómicas prepandemia, los colectivos que ya estaban en crisis y han sufrido el impacto quedan a merced de los servicios sociales y los servicios sanitarios sin que se vean afectados por tales mejoras. No pueden ser considerados como recursos eternos para una población altamente dependiente y es función del trabajo social pensar e innovar la práctica profesional. Así, pues, en el escenario actual de crisis y postcrisis se precisa continuar analizando las respuestas del trabajo social, sin olvidar el carácter imprescindible de los dos ámbitos como pilares básicos en la protección social de las poblaciones. Esto no implica que ambos tipos de servicios tengan el mismo valor social y político. Tampoco, que los procedimientos y protocolos de intervención se realicen de forma homogénea o unificada ante la situación de crisis o emergencia, pero sí que es primordial avanzar hacia criterios unificados. Entre otras acciones, es importante reforzar las asignaciones presupuestarias, las ratios profesionales, y las prestaciones y servicios que se ofertan por ambos ámbitos para afrontar de forma integral, y no únicamente con carácter urgente, las consecuencias sociales y sanitarias de la pandemia en el bienestar y la salud de las poblaciones.

Hoy en día seguimos todavía inmersos en diversas olas de infección y afectación ocasionadas por la propagación del virus y sus efectos sociales asociados, al tiempo que observamos que muchas de las predicciones sociales y políticas de cambio, han caído bajo papel mojado. Además, en dos años de convivencia con la pandemia, aún es pronto para valorar con precisión cómo se están transformando las necesidades que ya sufrían las poblaciones en situación de vulnerabilidad antes de la crisis, las cuales requieren una respuesta urgente. Con cada crisis que se produce, pese a la capacidad resiliente que demuestran los sistemas de protección social, se pierde una oportunidad más de reconvertir los servicios tal y como fueron diseñados en la transición española. En el caso de los servicios sociales, los efectos de la crisis sobre la población usuaria de los mismos, que es una población vulnerable y

vulnerada en sus derechos, acrecientan las necesidades básicas, lo que enfoca a los servicios sociales en sus funciones como los principales gestores y dispensadores de las prestaciones de subsistencia. Estas necesidades acuciantes y la manera en que se decide cómo se ayuda a la población usuaria a satisfacer tales necesidades ralentiza el cambio esperado. Se sigue funcionando en base a un modelo asistencialista pues dejan de trabajarse los procesos (incluida la prevención), a favor de la provisión de prestaciones y recursos de subsistencia que desbordan completamente la actividad diaria de los mismos. Cuando se afirma que en España existe un pluralismo de bienestar se está poniendo el énfasis en la colaboración público-privada, en la existencia de una red de servicios, equipamientos y profesionales del sector privado, lucrativo y no lucrativo, que actúan coordinadamente con el sector público y que, incluso en algunas comunidades autónomas, como Andalucía, forman parte del sistema público de servicios sociales. Se pierde, pues, la oportunidad de delegar en el sector privado toda la labor asistencial de provisión de bienes y prestaciones de todo tipo, de subsistencia, y enfocar la atención en la prevención, en la coordinación, en la planificación, en la promoción e inserción social, en la supervisión, en la evaluación, en la función gerencial o en la investigación, por citar algunos ejemplos. Hay que afrontar la etapa post COVID-19 pensando en cómo se sirve mejor a la sociedad, con un sistema de servicios sociales modernizado, tal y como pide la Unión Europea, adaptado a necesidades y demandas cambiantes y cada vez más complejas.

En el contexto actual de pandemia, lejos del fatalismo pragmatista, el optimismo utópico y el escepticismo teórico, es preciso recordar que el trabajo social está acostumbrado a trabajar en la primera línea con una visión práctica transformadora puesta en el horizonte más allá de cualquier crisis. Una mirada crítica, reformadora y situada, que busca alcanzar la mejora en la sociedad y en los sistemas de protección social, el cambio del contexto social y la lucha contra las desigualdades sociales, políticas y económicas que condicionan las situaciones de vulnerabilidad en las poblaciones. La legitimación profesional del trabajo social y su alta cualificación para intervenir de forma global e integral ante situaciones complejas en los contextos de crisis y postcrisis actuales es un hecho evidente. Sin embargo, aún es necesario visibilizar y reivindicar el valor público de su actuación esencial en la sociedad al mismo nivel que el de otras profesiones de primera línea, tanto en el sistema sanitario (donde son imprescindibles para atender la salud de forma integral en el seno de equipos interdisciplinares) como en el sistema de servicios sociales (donde son profesionales de referencia ante las poblaciones), y en la coordinación entre los mismos. Su rol y sus funciones contribuyen a garantizar los derechos sociales y sanitarios de las poblaciones más desvalorizadas y desprotegidas mediante prácticas de atención centradas en las necesidades de las personas desde una perspectiva multidimensional a nivel micro, meso y macro. La pandemia ha mostrado, una vez más, cómo la actuación profesional en la primera línea debe adaptarse y transformarse en prácticas innovadoras y creativas comprometidas con la justicia social y los derechos humanos de las poblaciones más vulnerables, y contextualizadas en el marco de unos servicios sanitarios y unos servicios sociales, ya de por sí desmantelados y sobrecargados, en situaciones de emergencia y acentuación de la vulnerabilidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ajibo, H.: "Effect of Covid-19 on Nigerian Socio-economic Well-being, Health Sector Pandemic Preparedness and the Role of Nigerian Social Workers in the War Against Covid-19", *Social Work in Public Health, 35*(7), 2020, pp. 511-522. doi: 10.1080/19371918.2020.1806168

Albano, D., Feraca, M., y Nemesure, B.: "An assessment of distress levels of patients undergoing lung cancer treatment and surveillance during the COVID-19 pandemic", *The journal for nurse practitioners, 17*(4), 2021, pp. 489-491. doi: 10.1016/j.nurpra.2020.10.020

Amadasun, S.: "Social work and COVID-19 pandemic: An action call", *International Social Work, 63*(6), 2020, pp. 753-756. doi:10.1177/0020872820959357

Arauz Espinosa, S.: "Adaptación servicios sociales generales ante emergencia Covid 19 en Comarca Ribera Baja del Ebro (Aragón)", *Servicios Sociales y Política Social,* XXXVII (monográfico especial), 2020, pp. 129-139.

Ashcroft, R., Lam, S., Kourgiantakis, T., *et al.*: "Preparing social workers to address health inequities emerging during the COVID-19 pandemic by building capacity for health policy: a scoping review protocol", *BMJ Open, 11*:e053959, 2021. doi: 10.1136/bmjopen-2021-053959

Badran, N.C.: "A call for action against COVID-19 - Experience of the Social Workers' Syndicate in Lebanon", *International Social Work, 63*(6), 2020, pp. 847-850. doi: 10.1177/0020872820949626

Banks, S., Cai, T., de Jonge, E., *et al.*: "Practising ethically during COVID-19: Social work challenges and responses", *International Social Work, 63*(5), 2020a, pp. 569-583. doi:10.1177/0020872820949614

Banks, S., Cai, T., de Jonge, E., Shears, J., Shum, M., Sobočan, A. M., Strom, K., Truell, R., Úriz, M. J., y Weinberg, M.: *Ethical challenges for social workers during Covid-19: A global perspective*, Rheinfelden, Switzerland: International Federation of Social Workers, 2020b, [Consulta: 4 julio 2022], Recuperado de https://www.ifsw.org/wp-content/uploads/2020/07/2020-06-30-Ethical-Challenges-Covid19-FINAL.pdf

Barbero Biedma, E., Oliva Arias, C., López Maestro, M., y Rodríguez García, M.C.: "The role of social health work during the COVID-19 pandemic", *Medicina Paliativa, 27(3)*,2020, pp. 217-225. doi: 10.20986/medpal.2020.1191/2020

Beech, H. H., Sutton, A., y Potok, C.: "Preliminary lessons learned from facilitating group work for justice-involved women in rural communities: A case study in an Alabama correctional facility in the era of COVID-19", International Social Work, 63(5), 2020, pp. 681-684. https://doi.org/10.1177/0020872820940010

Belda Aparicio, L., García Fernández, A., Moreno Castillo, M.C., y Ruíz Gómez, A.: "Trabajo Social Sanitario: Protocolo de intervención psicosocial por la COVID-19", *Servicios Sociales y Política Social,* XXXVII (monográfico especial), 2020, pp. 57-69

Bordallo, B., Cano, B., Jiménez, M., Martínez, L., y Pelaz, I.: "Mujeres en estado de alarma permanente: trata y prostitución", *Servicios Sociales y Política Social,* XXXVII (monográfico especial), 2020, pp. 103- 116

Calleja Jiménez, J.P.: "El trabajo social en la lucha contra la COVID-19: las labores en el rastreo de contactos y el refuerzo al sistema sanitario", *Cuadernos de trabajo social, 35(1)*, 2022, pp. 61-70. https://doi.org/10.5209/cuts.74481

Clemente, A., Galante, A., Gamardo, M., García, B., Lerullo, M., y Engelmann, A.: "Esencialidad y COVID 19. Hacia una definición conceptual y operativa en el campo de lo social", *Medio Ambiente y Urbanización, 94-95*, 2021, pp. 281-302.

Consejo General del Trabajo Social: *Los servicios sociales como esenciales, Orden SND/295/2020,* Consejo General del Trabajo Social, 2020, [Consulta 2 junio 2022], Recuperado de https://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/Documentos%20CGTS%20Orden%20SND_295_2020.pdf

Cook, L.L., y Zschomler, D.: "Virtual Home Visits during the COVID-19 Pandemic: Social Workers' Perspectives", *Practice, 32*(5), 2020, pp. 401-408. doi: 10.1080/09503153.2020.1836142

Cox, C.: "Older Adults and Covid 19: Social Justice, Disparities, and Social Work Practice", *Journal of Gerontological Social Work, 63*(6-7), 2020, pp. 611-624. doi: 10.1080/01634372.2020.1808141

Cristofalo, M.A.: "Telehealth, friend and foe for health care social work", *Qualitative Social Work, 20*(1-2), 2021, pp. 399-403. https://doi.org/10.1177/1473325020973358

Cross, F.L., y Gonzalez Benson, O.: "The Coronavirus Pandemic and Immigrant Communities: A Crisis That Demands More of the Social Work Profession", *Affilia, 36*(1), 2021, pp. 113-119. https://doi.org/10.1177/0886109920960832

De Almedia-Filho, N.: "Sindemia, infodemia, pandemia de COVID-19: Hacia una pandemiología de enfermedades emergentes", *Salud Colectiva, 17*, 2022. https://doi.org/10.18294/sc.2021.3748

De la Fuente Mayo, M.: "Trabajo Social e Intervención Socio Sanitaria en la Comunidad. Creación de una Red de Agentes de salud (AS) y Covid19", *+Calidad,* 23, 2020, pp. 35-45.

Dhavale, P., Koparkar, A., y Fernandes, P.: "Palliative Care Interventions from a Social Work Perspective and the Challenges Faced by Patients and Caregivers during COVID-19", *Indian journal of palliative care, 26*(1), S58-S62, 2020. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_149_20

Douglas, S. L., Mazanec, P., Lipson, A. R., Day, K., Blackstone, E., Bajor, D. L., Saltzman, J., y Krishnamurthi, S.: "Videoconference Intervention for Distance Caregivers of Patients With Cancer: A Randomized Controlled Trial", *JCO oncology practice, 17*(1), e26-e35, 2021, https://doi.org/10.1200/OP.20.00576

Ekoh, P.C., Agbawodikeizu, P.U., Ejimkararonye, C., George, E.O., Ezulike, C.D., y Nnebe, I.: "COVID-19 in Rural Nigeria: Diminishing Social Support for Older People in Nigeria", *Gerontology y Geriatric Medicine, 6*, 2020. https://doi.org/10.1177/2333721420986301

Fargion, S., Sanfelici, M., y Sicora, A.: "'A Community no matter what': fostering social work professional connections in Italy in COVID-19 times", *Social Work Education, 39*(8), 2020, pp. 993-1001. doi: 10.1080/02615479.2020.1829581

Ferla, A.A., Scolari, C., Durâes, M. y Padilla M.: "La Esencialidad del Personal Sanitario para Hacer Frente a la Pandemia: Hay que ir más allá de los aplausos", *Revista Saúde em Redes, 7*(1), 2021, pp. 1-9. doi: 10.18310/2446-48132021v7n1Sup.3546g619

Fox, M., McIlveen, J., y Murphy, E.: "Death, dying and bereavement care during COVID-19: Creativity in hospital social work practice", *Qualitative social work: QSW: research and practice, 20*(1-2), 2021, pp. 131-137. https://doi.org/10.1177/1473325020981074

Franzosa E., Gorbenko, K., Brody, A.A., Leff, B., Ritchie, C.S., Kinosian, B., Ornstein, K.A., y Federman, A.D.: ""At Home, with Care": Lessons from New York City Home-based Primary Care Practices Managing COVID-19", *Journal of the American Geriatrics Society, 69*(2), 2021, pp. 300-306. https://doi.org/10.1111/jgs.16952

Gabura J., y Mojtova, M.: "Social Work in the Context of the COVID-19 Pandemic", *Clinical Social Work and Health Intervention 13*(1), 2022, pp. 15-20. doi: 10.22359/cswhi_13_1_02

Gallego, M., Infante, A., y Muñoz, M.D.: "Escucha activa y trabajo en red como instrumentos de intervención y contacto social en época de confinamiento: el caso de la ERACIS en los Servicios Sociales Comunitarios del Ayuntamiento de Barbate (Cádiz)", *Servicios Sociales y Política Social,* XXXVII (monográfico especial), 2020, pp. 43-55

Gallego, V., Marbán, C., Montserrat, J., y Rodríguez Cabrero, G.: "El impacto de la Covid-19 en la población mayor dependiente en España con especial referencia al sector residencial", *Ciência y Saúde Coletiva, 26*(1), 2021, pp. 159-168.

Global Social Service Workforce Alliance, UNICEF, International Federation of Social Workers y Alliance for Child Protection in Humanitarian Action: *Social Service Workforce Safety and Wellbeing during the COVID-19 Response: Recommended Actions, 2020*, [Consulta: 15 junio 2022], Recuperado de https://www.socialserviceworkforce.org/system/files/resource files/Seguridad-y-Bienesta -de-la-Fuerza-Laboral-del-Servico-Social-COVID19.pdf

Henley, L.J., Henley, Z.A., Hay, K., Chhay, Y., y Pheun, S.: "Social Work in the Time of COVID-19: A Case Study from the Global South", *British journal of social work, 51*(5), 2021, pp. 1605-1622. https://doi.org/10.1093/bjsw/bcab100

Hiu-Kwan Chui, C., y Ko, A.: "Converging humanitarian technology and social work in a public health crisis: a social innovation response to COVID-19 in Hong Kong", *Asia Pacific Journal of Social Work and Development, 31*(1-2), 2021, pp. 59-66. doi: 10.1080/02185385.2020.1790412

IMSERSO: *Informe del grupo de trabajo COVID 19 y residencias*. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2020, [Consulta: 17 julio 2022], Recuperado de: https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/gtcovid_residencias_vf.pdf.

Kawamura, Y.: "Wisdom to make communication resilient to the crisis: Learning from a Japanese community and social worker", *Asia Pacific Journal of Social Work and Development, 31*(1-2), 2021, pp. 73-79. doi: 10.1080/02185385.2020.1831949

King, E.L., Spencer, C.M., y Meeks, C.A.: "How the COVID-19 Pandemic Can and Must Expand Social Worker e-Interventions for Mental Health, Family Wellness, and Beyond", *Social Work*, swab043. Advance online publication, 2021. https://doi.org/10.1093/sw/swab043

Krumer-Nevo, M., y Refaeli, T.: COVID-19: "A poverty-aware perspective", *The American Journal Of Orthopsychiatry,, 91*(3), 2021, pp. 423-431. https://doi.org/10.1037/ort0000566

Kwan, C.K., Ling, H.W., Cheung, J.C., y Chui, E.W.: "Safeguarding health equality for the disadvantaged during the COVID-19 pandemic: Lessons learned for the social work profession", *Qualitative Social Work: QSW: research and practice, 20*(1-2), 2021, pp. 463-469. https://doi.org/10.1177/1473325020973337

Lau, B.H.P, Chan, C.L.W., y Ng, S.M.: "Resilience of Hong Kong people in the COVID-19 pandemic: lessons learned from a survey at the peak of the pandemic in Spring 2020", *Asia Pacific Journal of Social Work and Development, 31*(1-2), 2021, pp. 105-114. doi: 10.1080/02185385.2020.1778516

León Díaz, M.J.: "Trabajo Social y la Maldita Pandemia: COVID-19", en Vázquez-Fernández, M.J., Nieto Morales, C., y Nieto Cabrera, M.E., *Trabajo social en tiempos de pandemia: nuevas necesidades y retos*, Ed. Dykinson, 2021, pp. 15-31. https://elibro.net/es/ereader/ugr/189515?page=16

Lim, C., Zhou, J.X., Woong, N.L., Chiam, M., y Krishna, L.: "Addressing the Needs of Migrant Workers in ICUs in Singapore", *Journal of medical education and curricular development, 7*, 2020. https://doi.org/10.1177/2382120520977190

Martínez-López, J.A., Lázaro-Pérez, C., y Gómez-Galán, J.: "Predictors of Burnout in Social Workers: The COVID-19 Pandemic as a Scenario for Analysis", *International journal of environmental research and public health, 18*(10), 2021, pp. 5416. https://doi.org/10.3390/ijerph18105416

Martínez, D., y Girón Giménez, R.: "Mayores institucionalizados: ¿Cómo ha afectado el Covid 19 en la salud emocional a los mayores institucionalizados?", *Trabajo social y salud*, 96-97, 2020, pp. 29-47.

Matulic-Domandzic, M.V., Munté-Pascual, A., De-Vicente-Zueras, I., y Redondo-Sama, G.: "Sinhogarismo en tiempos de confinamiento: Vivencias profesionales y ciudadanas en la ciudad de Barcelona", *Itinerarios de Trabajo Social*, (1), 2021, pp. 15-22. https://doi.org/10.1344/its.v0i1.32254

Mclaughlin, H., Scholar, H., y Teater, B.: "Social work education in a global pandemic: strategies, reflections, and challenges", *Social Work Education, The International Journal, 39*(8), 2020, pp. 975-982. doi: 10.1080/02615479.2020.1834545

Miller, V.J, Fields, N.L, Anderson, K.A, Kusmaul, N., y Maxwell, C.: "Nursing Home Social Workers Perceptions of Preparedness and Coping for COVID-19", *The journals of gerontology: Series B, Psychological sciences and social sciences, 76*(4), e219-e224, 2021. doi: 10.1093/geronb/gbaa143

Montenegro, E.M., y Montenegro, M.E.: "Re-pensando el campo de intervención del trabajo social junto a las víctimas de violencia de género, durante la pandemia de covid-19", *Difusiones*, 18, 2020.

Montserrat Codorniú, J.: "El impacto de la pandemia en las residencias para personas mayores y las nuevas necesidades de personal en la etapa pos-COVID", *Panorama social*, 33, 2021, pp. 145-162.

Muñoz-Moreno, R., Chaves-Montero, A., Morilla-Luchena, A., y Vázquez-Aguado, O.: "COVID-19 and social services in Spain", *PLoS ONE, 15*(11): e0241538, 2020. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241538.

Munro, E.R.: "Editorial", *Journal of Children's Services, 15*(4), 2020, pp. 177-184. https://doi.org/10.1108/JCS-12-2020-064

Naylor, M.D., Hirschman, K.B. y McCauley, K.: "Meeting the Transitional Care Needs of Older Adults with COVID-19", *Journal of Aging y Social Policy, 32*(4), 2020, pp. 387-395. https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1773189

Nisanci, A., Kahraman, R., Alcelik, Y., y Kiris, U.: "Working with refugees during COVID-19: Social worker voices from Turkey", *International Social Work, 63*(5), 2020, pp. 685-690. doi: 10.1177/0020872820940032

Paceley, M.S., Okrey-Anderson, S., Fish, J.N., McInroy, L., y Lin, M.: "Beyond a Shared Experience: Queer and Trans Youth Navigating COVID-19", *Qualitative social work: QSW: research and practice, 20*(1-2), 2021, pp. 97-104. https://doi.org/10.1177/1473325020973329

Peinado, M., y Anderson, K.N.: "Reducing social worker burnout during COVID-19", *International Social Work, 63*(6), 2020, pp. 757-760. doi: 10.1177/0020872820962196

Pestine-Stevens, A., y Greenfield, E.A.: "The Need for Community Practice to Support Aging in Place during COVID-19", *Journal of Gerontological Social Work, 63*(6-7), 2020, pp. 631-634. doi: 10.1080/01634372.2020.1789258

Pitts, J.: "Covid-19, county lines and the seriously "left behind"", *Journal of Children's Services,* 15 (4), 2020, pp. 209-213. https://doi.org/10.1108/JCS-06-2020-0024

Pollock, A.M., Clements, L., y Harding-Edgar, L.: "Why we need a national health and social care service", *BMJ (Clinical research ed.), 369,* m1465, 2020. https://doi.org/10.1136/bmj.m1465

Pretto, A.: "Coronavirus and domestic violence: Practices for dealing with a double emergency", *Qualitative social work: QSW: research and practice, 20*(1-2), 2021, pp. 494-500. https://doi.org/10.1177/1473325020981091

Putnam, M., y Shen, H.W. (2020). "Gerontological Social Work and COVID-19: Calls for Change in Education, Practice, and Policy from International Voices", *Journal of Gerontological Social Work, 63*(6-7), 503-507. doi: 10.1080/01634372.2020.1827838

Rafferty, Y.: "Promoting the welfare, protection and care of victims of child trafficking during the coronavirus (COVID-19) pandemic", *Journal of Children's Services, 15*(4), 2020, pp. 191-200. http://dx.doi.org/10.1108/JCS-07-2020-0027

Redondo-Sama, G., Matulic, V., Munté-Pascual, A., y Vicente, I.: "Social work during the covid-19 crisis: Responding to urgent social needs", *Sustainability, 12*(20), 8595, 2020. https://doi.org/10.3390/su12208595

Reilly, S.E., Zane, K.L., McCuddy, W.T, Soulliard, Z.A, Scarisbrick, D.M., Miller, L.E., y Mahoney Iii, J.J.: "Mental Health Practitioners' Immediate Practical Response During the COVID-19 Pandemic: Observational Questionnaire Study", *JMIR mental health, 7*(9), e21237, 2020. https://doi.org/10.2196/21237

Rodríguez, M.: "More than one pandemic: how New York City community members fight against coronavirus and systematic oppression", *Social Work Education, 39*(8), 2020, pp. 983-992. doi: 10.1080/02615479.2020.1825665

Ross, A.M., Zerden, L.S., Ruth, B.J., Zelnick, J., y Cederbaum, J.: "Contact Tracing: An Opportunity for Social Work to Lead", *Social work in public health, 35*(7), 2020, pp. 533-545. https://doi.org/10.1080/19371918.2020.1806170

Roy, S., y Kaur, N.: "Issues and Challenges With COVID-19: Interventions Through Social Work Practice and Perspectives", *Journal of Social Work Values and Ethics, 17*(2), 2020, pp. 85-91.

Shah, S.S., y Mufeed, S.A.: "Urgency and relevance of feminist social work to curb domestic violence amid COVID-19", *International Social Work*, 2022. https://doi.org/10.1177/00208728211066833

Spijker, J.: "Los efectos de la Gran Recesión y las políticas de austeridad en la salud de la población española", *Gaceta Sanitaria, 34*(3), 2020, pp. 220-222. doi: 10.1016/j.gaceta.2019.12.006

Teater, B., Chonody, J.M., y Hannan, K.: "Meeting social needs and loneliness in a time of social distancing under COVID-19: A comparison among young, middle, and older adults", *Journal of Human Behavior in the Social Environment, 31*(1-4), 2021, pp. 43-59. doi: 10.1080/10911359.2020.1835777

Vicente Fuentes, F.: "Social and health care coordination: towards a new culture of care", *Enfermería clínica (English Edition), 30*(5), 2020, pp. 291-294. doi: 10.1016/j.enfcli.2020.09.001

Wilson, D.B., Solomon, T.A., y McLane-Davison, D.: "Ethics and Racial Equity in Social Welfare Policy: Social Work's Response to the COVID-19 Pandemic", *Social Work in Public Health, 35* (7), 2020, pp. 617-632. doi: 10.1080/19371918.2020.1808145

Wong, J.H.C., y Leung, C.T.L.: "Trauma-informed practice and supervision for volunteer counsellors of online psychological support groups during the impact of COVID-19", *Asia Pacific Journal of Social Work and Development, 31*(1-2), 2021, pp. 67-72. doi: 10.1080/02185385.2020.1846604

Wu, H., y Karabanow, J.: "COVID-19 and beyond: Social work interventions for supporting homeless populations", *International Social Work, 63*(6), 2020, pp. 790-794. doi:10.1177/0020872820949625

Yu, Z., Chen, Q., Zheng, G., y Zhu, Y.: "Social work involvement in the COVID-19 response in China: Interdisciplinary remote networking", *Journal of Social Work, 21*(2), 2021, pp. 246-256. doi:10.1177/1468017320980657

nº Extraordinario 4
ISSN: 2386-7191 – ISSNe: 2387-0370

Perspectiva social de los recursos residenciales para mayores en andalucia. Propuestas y retos de futuro para la coordinación sociosanitaria[1]

Social perspective of residential challenges for the elderly in andalusia. Proposals and future challenges for socio-health coordination

Yolanda María de la Fuente Robles *Catedrática de Trabajo Social y Servicios Sociales*
Universidad de Jaén

Resumen

El impacto de la pandemia por COVID-19 ha convertido en urgente la coordinación de los sistemas sanitario y social y ha puesto el foco en nuevos riesgos y necesidades. Las medidas de coordinación social y sanitaria deben asegurar una atención de calidad en los centros residenciales y garantizar que las personas residentes conserven y conjuguen sus derechos al cuidado sanitario desde el Sistema Nacional de Salud con los derivados de su situación de dependencia, con los estándares de calidad de ambos sistemas. Entre las condiciones para una efectiva coordinación de servicios sanitarios y sociales, es necesario destacar: una decidida inversión tecnológica y organizativa, visión a largo plazo, un marco de derechos garantizados en materia social y sanitaria, responsabilidad pública con participación privada. Para la cohesión de la atención sociosanitaria es fundamental definir los perfiles de la población sociosanitiaria, estableciendo para ello un procedimiento único de información y acceso que sea común a nivel estatal, defini la composición del equipo de gestión de casos y una historia sociosanitaria única y compartida. La implantación de la Historia Social Única Digital (HSUE) ha supuesto una apuesta por la gestión digital, así como un importante avance e innovación en el ámbito de los Servicios Sociales en Andalucía.

Palabras Clave

coordinación sociosanitaria; centro residencial; innovación tecnológica; historia social única digital

Abstract

The impact of the COVID-19 pandemic has made the coordination of health and social systems urgent and has put the focus on new risks and needs. Social and health coordination measures should ensure quality care in residential centers and ensure that residents retain and combine their rights to health care from the National Health System with those derived from their dependency status, with the quality standards of both systems. Among the conditions for effective coordination of health and social services, it is necessary to highlight: A decisive technological and organizational investment, a long-term vision, a framework of guaranteed rights in social and health matters, public responsibility with private participation. For the cohesion of social and health care, it is essential to define the profiles of the social and health population, establishing a single information and access procedure that is common at the state level, defining the composition of the case management team and a single and shared social and health history. The introduction of the Single Digital Social History (HSUE) has meant a commitment to digital management, as well as an important advance and innovation in the field of Social Services in Andalusia.

Keywords

socio-sanitary coordination; residential center; technological innovation; unique digital social history

1. LA ESTRATEGIA ACTUAL. DÉCADA DEL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

Nunca una sola palabra, *social*, aplicada a la salud ha cobrado tanto sentido como en el momento actual; la aparición de una pandemia, la gestión de la misma y lo que es peor los efectos de ésta, ha evidenciado que estamos inmersos en una sociedad individualista y que se ha enfrentado a las necesidades de la población de una manera cortoplacista y en ocasiones egoísta. En el momento actual, hay que centrarse en la atención holística de la salud, sin olvidar algo tan importante como es la *salud social,* que entre sus objetivos fundamentales se encuentra el mejorar las condiciones de

[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

vida cotidiana. Para la OMS[2], la salud no sólo es la ausencia de enfermedad sino lo que denomina el completo bienestar, y eso incluye los aspectos físicos, psíquicos y sociales. No podemos olvidar, que la salud social es un componente clave para la salud y el bienestar en general.

Si aplicamos este concepto al envejecimiento, la salud social puede llegar a representar una completa red de apoyo que se tornaría fundamental en la lucha contra la soledad no deseada y el aislamiento social, lo que al mismo tiempo permitiría aumentar el sentimiento de pertenencia a la comunidad, una participación más activa, la protección de la salud física y el cuidado de las relaciones sociales, que comporta una de las formas para el autocuidado. Esta es la principal conclusión de la investigación más larga de la historia promovida por la Universidad de Harvard bajo el título *Harvard Study of Adult Development*[3], un proyecto de investigación que desde 1938 ha evaluado de forma continuada la vida de más de 700 hombres, y en algunos casos de sus parejas. A medida que los científicos analizaban los factores que influían sobre la salud y el bienestar, encontraron que las relaciones con los amigos, principalmente con la pareja, eran fundamentales. La gente que tenía las relaciones más estrechas estaba protegida contra enfermedades crónicas y mentales, así como pérdida de la memoria, aunque esas relaciones tuvieran varios altibajos.

Recogiendo esta línea argumental, debuta el nuevo concepto de *envejecimiento saludable,* que es el proceso de desarrollo y mantenimiento de la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. La Organización Mundial de la Salud en su Informe Mundial sobre Envejecimiento y Salud (2015)[4], amplió el concepto de envejecimiento saludable al proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. Con este nuevo concepto, envejecer de manera saludable no significa envejecer sin enfermedades, signific ser capaz de hacer durante el máximo tiempo posible las cosas a las que cada persona le da valor, respondiendo a lo que consideran su propio plan de vida, pero para que todo esto sea posible, es necesario que de una manera urgente, se desarrollen acciones de salud pública y el rediseño de los servicios sociales para poder responder a estos nuevos desafíos que ya forman parte de la agenda pública.

A nivel internacional se reconoce, que aunque las personas viven más años que nunca, muchas no tienen acceso a una buena vida en la edad avanzada a causa de la mala salud, las deficiencias de los servicios de salud y los obstáculos físicos y sociales que limitan la inclusión y participación de las personas mayores en todos los aspectos de la vida comunitaria, siendo en la mayoría de las ocasiones los propios entornos los que discapacitan a las personas, independientemente de la edad que tengan.

El envejecimiento saludable, con el enfoque del ciclo vital, presenta tres escenarios de intervención: adultos mayores con capacidad funcional alta y estable, con deterioro de la capacidad, y con pérdida de la capacidad. Los objetivos son prevenir enfermedades crónicas o asegurar la detección temprana, promover conductas que mejoren la capacidad funcional, retardar la disminución de la capacidad, manejar enfermedades crónicas avanzadas, asegurar la dignidad, eliminar las barreras a la participación y compensar la pérdida de la capacidad. La intervención sociosanitaria puede contribuir a la consecución de estos objetivos, pues actúa en todos los niveles de atención: en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación, por lo cual su principal estrategia es el autocuidado (Espinoza, 2016)[5].

Entre las líneas de acción para promover el envejecimiento saludable se pueden destacar:

[2] Organización Mundial de la Salud. *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Disponible en: http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/sbd46_p2.pdf.

[3] Harvard Medical School. *Harvard Study of Adult Development.* Disponible en: https://www.adultdevelop mentstudy.org/

[4] Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf;jsessionid=865834CBEB089191E9731E919AFC95CD?sequence=1

[5] Espinoza, L.: "El envejecimiento saludable y el bienestar: un desafío y una oportunidad para enfermería", *Enfermería Universitaria* núm 3, 2016.

1. Impulsar políticas públicas sobre el envejecimiento saludable en todos los países.
2. Crear entornos amigables a todas las personas mayores.
3. Armonizar los sistemas de salud con las necesidades de las personas mayores.
4. Desarrollar sistemas de prestación de atención a largo plazo sostenibles y equitativos.
5. Mejorar la medición, el seguimiento y la investigación sobre el envejecimiento.

La promoción del envejecimiento saludable en tiempos de pandemia se está pudiendo realizar a través de cinco medidas: promover la salud, prevenir las lesiones y favorecer el manejo de las enfermedades crónicas, promover la salud cognitiva, promover la salud física, promover la salud mental y favorecer la participación social. La promoción del envejecimiento saludable ha sido, es y será uno de los retos/objetivos que no se debe obviar, incluso en la situación actual de pandemia. Es necesario encontrar un equilibrio adecuado entre las actuales medidas preventivas y la promoción del envejecimiento saludable (Batsis, *et al.*, 2021)[6].

Por todo ello, es clave impulsar un marco general que oriente el diseño de programas de envejecimiento saludable, desde un planteamiento preventivo que contemple los aspectos integrales del envejecimiento. Los programas de envejecimiento saludable deben incluir programas de educación sanitaria desde las edades más tempranas, que incluyan formación en nutrición y en estilos de vida, resaltando y potenciando la actividad física, así como programas específicos dirigidos a personas mayores próximas a la jubilación para minimizar el impacto que ésta tiene en la vida de las personas. A nivel sanitario, también convendría tener presente las oportunidades que ofrecen los programas de detección y prevención de factores de riesgo en la edad de prejubilación, programas de diagnóstico precoz y control de enfermedades crónicas.

La sociedad europea debe ser capaz de articular una participación real, efectiva y visible de las personas mayores, por su bienestar y porque aprovechando cualidades tan importantes como la experiencia, el conocimiento, la prudencia, la sensatez y la moderación, se contribuye a construir una sociedad equilibrada e inclusiva, en la que todos sus miembros puedan desarrollar sus capacidades en plenitud, sin importar la edad.

La solidaridad intergeneracional es un componente clave para el envejecimiento activo y saludable dado que los seres humanos necesitan nutrirse y vincularse entre sí puesto que las relaciones son parte esencial de sus vidas. La intergeneracionalidad abre las puertas a nuevas formas de solidaridad familiar y social que repercute sobre el cuidado de los hijos y de las personas en situación de discapacidad, la necesidad de compartir responsabilidades domésticas y el desarrollo comunitario. El envejecimiento activo y la movilización del potencial de las personas mayores constituirán un requisito crucial para el mantenimiento de la solidaridad entre las generaciones; ello debería permitir la inclusión y la participación de todos en función de sus necesidades, sus intereses y sus capacidades.

[6] Batsis, J.A., Daniel, K., Eckstrom, E., Goldlist, K., Kusz, H., Lane, D., Loewenthal, J., Coll, P.P., y Friedman, S.M.: "Promoting Healthy Aging During COVID-19", *Journal of the American Geriatrics Society* núm 3, 2021.

Tabla 1: *Proyección de las necesidades relativas a vivienda y salud para las personas mayores con sus correspondientes propuestas:*

INDICADORES	PROYECCIÓN PRÓXIMAS DÉCADAS		PROPUESTAS
	2021	2050	
ENTORNO Y VIVIENDA	Problema de viviendas no adaptadas a una población envejecida.	Promoción del diseño de viviendas adaptadas a la edad de sus habitantes y accesibles. Garantizar la facilidad de acceso a los edificios y espacios públicos	- Fomentar el asociacionismo. - Puntos de ciudadanía (voluntariado). - Urbanismo amigable y entornos incluyentes.
	Aumento de la demanda de servicios y prestaciones sociales (residencias, viviendas adecuadas, etc.), más que los recursos que se pueden ofertar. Déficit importante para prestar una atención adecuada.	Reforzamiento de las partidas para la adaptación funcional de los inmuebles, con un coste no excesivo, se puede aumentar extraordinariamente la calidad de vida de los usuarios de las viviendas al facilitar o mejorar las condiciones de accesibilidad.	- Diseños basados en la perfecta relación persona-ambiente. - Fórmulas múltiples de viviendas (compartidas, comunitarias, intercambio.) - Cohousing - Respetar opinión de las personas mayores y evitar tutelajes innecesarios. -Aumentar la mejora de las relaciones sociales consecuencia de la promoción de las condiciones materiales facilitadoras de la vida en comunidad.
SALUD	-Implantación total y real de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.	-Prevención de la dependencia, la enfermedad y la exclusión social. - Diseño de medidas para la implicación de las personas mayores usuarias.	- Impulsar un envejecimiento saludable. - Necesidad de la coordinación de los servicios de salud y sociales desde la Atención Primaria y la implicación de los ayuntamientos como responsables de los servicios sociales comunitarios. - Aumento de la coordinación de los servicios de atención domiciliaria y residencial, la organización territorial y formación de los profesionales y el apoyo a las personas cuidadoras. - A mayor actividad mayor salud.

Fuente: Elaboración propia.

En realidad, lo que se trata de alcanzar es un *susccessful agein* o envejecimiento exitoso, pasando de una visión biomédica a una visión más holística y hacia aspectos más subjetivos del proceso de envejecimiento. Lo que comenzó allá por los años setenta como un constructo del envejecimiento centrado en factores meramente fisiológicos, actualmente se entiende como un constructo multidisciplinario, en el que se incluyen factores psicológicos, psicosociales y ambientales y en el que se analiza de este modo, aspectos tales como la dieta, la resiliencia, los programas formativos y de formación de cuidadores, entre otros (Calero y Navarro, 2018)[7]. El enfoque multidimensional del envejecimiento exitoso podría ser más informativo que centrarse en resultados de salud únicos, como enfermedades crónicas o funcionamiento, y por lo tanto, puede usarse para comprender y promover el concepto en las poblaciones de sociedades que envejecen[8].

[7] Calero, M.D., y Navarro, E.: "Variables that favour successful ageing/Variables que favorecen un envejecimiento exitoso", *Estudios de Psicología* núm 2-3, 2018.

[8] Calasanti T.: "Combating ageism: How successful is successful aging?", *The Gerontologist* núm 6, 2016.

2. LA SALUD EN LAS PERSONAS MAYORES

Los cuidados de salud para las personas mayores son derechos fundamentales sociales, y su núcleo esencial, vinculado a los principios sobre la dignidad humana y al derecho a la vida, se conoce también como mínimo existencial.

Los indicadores objetivos de los cuidados de salud, considerados esenciales en el ámbito de la aplicación de normas internacionales de derechos humanos, tienen primacía y consisten en el aterrizaje inicial de un mínimo existencial, a partir del cual, por un lado, el orden jurídico nacional detenta un margen de discrecionalidad, de acuerdo con parámetros subjetivos (necesidades individuales y aspectos socioeconómicos) para aumentar el alcance de los derechos sociales, sin embargo, y por otro lado, amparado en la misma subjetividad, para restringirlos, con la exigencia que tal restricción sea justificad . Los aspectos objetivos que se deben considerar en un mínimo existencial sobre cuidados de salud y en especial para los ancianos, son los que mantienen un estrecho vínculo con la edad del individuo. Desde el punto de vista de los derechos procedimentales, se consideran esenciales: la inclusión de la salud de los ancianos en las políticas públicas; la capacitación de los recursos humanos especializados; la prohibición de cualquier discriminación en función de la edad; la existencia de centros de atención diurna, clínicas ambulatorias, hospitales de día; la atención en clínicas geriátricas donde se congreguen ancianos; y la asistencia domiciliaria, disminuyendo la necesidad de hospitalización.

En el ámbito de los derechos sustantivos, son esenciales a los cuidados de los ancianos: controles periódicos; rehabilitación física y psicológica, destinada a la funcionalidad y autonomía de los ancianos; y atención y cuidados a las enfermedades crónicas y en fase terminal (Perlingeiro, 2014)[9].

La búsqueda de equidad es un objetivo central de muchos sistemas de salud en la actualidad y representa un desafío que se extiende más allá del sector salud. La inequidad en la distribución de los bienes y oportunidades de salud y en la utilización de los servicios de salud se manifiesta en la existencia de grupos de personas que no pueden disfrutar de dichos bienes, servicios y oportunidades, es decir, se encuentran excluidos del acceso a los mecanismos de satisfacción de sus necesidades de salud. La exclusión en salud representa por tanto la negación del derecho a la salud para estas personas.

La sostenibilidad de los sistemas sanitarios depende de su capacidad de transformación y adaptación a la nueva realidad. Uno de los retos del llamado estado del bienestar es conseguir que los ciudadanos tengan la mejor asistencia sanitaria posible, independientemente de su nivel social. Sin embargo, una cartera de servicios cada vez más amplia, debido al envejecimiento de la población, al incremento del número de enfermos crónicos, y medicamentos cada vez más caros, unida a la ineficiencia en la gestión, hacen necesario plantear un nuevo escenario en el que los sistemas sanitarios se transformen y se adapten a la realidad actual con el objetivo de ser sostenibles (Carcar, 2016)[10].

Hay que entender el futuro de la protección social como un espacio centrado en las personas, orientado a un gasto justificado y eficiente, y en mejora constante. Desde esta perspectiva, la necesidad de coordinar los servicios sanitarios y sociales es una evidencia ante situaciones que requieren atenciones de uno y otro sistema. Las personas viven estas situaciones de forma integral y requieren, en consecuencia, recibir las atenciones que precisan de manera integrada. Entre las condiciones para una efectiva coordinación de servicios sanitarios y sociales, es necesario destacar: una decidida

[9] Perlingeiro, R.: "Los cuidados de salud para los ancianos. Entre las limitaciones presupuestarias y el derecho mínimo asistencial", *Boletín Mexicano de Derecho Comparado* núm 140., 2014.

[10] Carcar, J.E.: "Una reflexión sobre el derecho a la asistencia sanitaria como derecho social y universal con financiación pública", *Revista de Derecho UNED*, núm 18, 2016.

inversión tecnológica y organizativa, visión a largo plazo, un marco de derechos garantizados en materia social y sanitaria, responsabilidad pública con participación privada[11].

Para la cohesión de la atención sociosanitaria es fundamental definir los perfiles de la población sociosanitiaria, estableciendo para ello un procedimiento único de información y acceso que sea común a nivel estatal, definir la composición del equipo de gestión de casos y una historia sociosanitaria única y compartida[12].

2.1. Centros Residenciales para de Mayores y la gestión de la salud en la pandemia

Desde los primeros casos conocidos de contagio por la COVID-19 en el mundo, los centros residenciales de atención a personas mayores se han convertido en el epicentro de la pandemia en cualquier país afectado. Las personas mayores se han considerado actores de alto riesgo a la infección y los centros residenciales se conforman mayoritariamente como modelo de vivienda compartida. La combinación de ambos elementos ha generado un alto volumen de casos de atención hospitalaria por casos de COVID-19, un importante número de personas fallecidas y de cifras inciertas dada la escasa solvencia de los datos aportados de los fallecimientos. Aunque conviene tener en cuenta que la población mayor que vive fuera de instituciones es muy superior a la que habita en residencias y también son altamente vulnerables (Cohen y Tavares, 2020)[13]. Por lo que los países se deben enfocar a este grupo poblacional de manera prioritaria durante la pandemia (Lloyd-Sherlock *et al.*, 2020)[14].

Parte de las reflexiones del primer brote importante en Europa (concretamente en Italia), como las de Petretto y Pili (2020)[15] han identificado los diversos aspectos a tener en cuenta respecto al COVID-19. En las personas mayores se detecta fundamentalmente el mayor riesgo de contagio en instituciones geriátricas o de servicios sociales, por factores tales como la edad y por la confluencia de más enfermedades; mayor riesgo de aislamiento y dificultad s de acceso a atención médica, farmacológica, social, y de información (por la brecha digital) elevando así el nivel de dependencia (Lloyd-Sherlock *et al.*, 2020; Petretto y Pili, 2020). Por otra parte, se ha abierto un debate respecto a las dificultades de acceso a la atención médica y/o hospitalaria y posible discriminación por edad en la atención por COVID-19 en la población mayor. Por otra parte, el aislamiento durante la pandemia aumenta los problemas psicológicos del colectivo (Banerjee, 2020)[16] por la ausencia de contacto social (Girdhar, Srivastava, y Sethi, 2020)[17].

[11] Observatorio de Salud Mental de Andalucía. *La coordinación de los Servicios Sanitarios y Sociales. Un discurso para una atención humanizada y de calidad, y en defensa de los derechos sanitarios y sociales.* disponible en: https://consaludmental.org/publicaciones/Coordinacion-servicios-sanitarios-sociales.pdf

[12] Alianza Científico-Profesional Estado de Bienestar: *Cohesión de los Servicios Sociales y Sanitarios para la atención a la población sociosanitaria,* 2019. Disponible en: http://www.alianzaestadobienestar.com/images/Documentos/ACE BCohesionSanidadyServiciosSocialesAtencionSociosanitaria21feb2019.pdf

[13] Cohen, M., y Tavares, J.: "Who are the most at-risk older adults in the covid-19 era? it's not just those in nursing homes", *Journal of Aging & Social Policy* núm 4-5, 2020.

[14] Lloyd-Sherlock, P.G., Kalache, A., McKee, M., Derbyshire, J., Geffen, L., Casas, F.G.O., y Gutierrez, L.M.: "WHO must prioritise the needs of older people in its response to the covid-19 pandemic", *BMJ*, núm 368, 2020.

[15] Petretto, D.R. y Pili, R.: "Ageing and COVID-19: What is the Role for Elderly People" *Geriatrics*, núm 25, 2020.

[16] Banerjee, D.: "The Impact of Covid-19 Pandemic on Elderly Mental Health" *International Journal of Geriatric Psychiatry*, núm 12, 2020.

[17] Girdhar, R., Srivastava, V., y Sethi, S.: "Managing mental health issues among elderly during COVID-19 pandemic", *Journal of Geriatric Care and Research*, núm 1, 2020.

El impacto del COVID-19 en residencias de mayores y residencias geriátricas ha sido objeto de reflexión en China (Yang et. al., 2020) Estados Unidos (Coe y Van Houtven, 2020; Santini *et al.*, 2020)[18],[19] y Europa (García, 2020; Lorenz-Dant, 2020; Trabucchi y De Leo 2020)[20],[21],[22]

De la situación de España se hacían eco prestigiosas revistas médicas, como la British Medical Journal (García, 2020), en donde ya se reconocían en abril de 2020 a más de 10.000 personas mayores en España fallecidas y otros miles aisladas, con datos oficiales que no recogían todos los casos que en realidad se suponían y con varias investigaciones judiciales abiertas por posibles casos de negligencia por la gestión de la pandemia en las residencias de personas mayores (García, 2020).

Una de las preocupaciones ha consistido en abordar la hospitalización por COVID-19 de estos pacientes de alto riesgo para adoptar medidas de prevención del contagio en el entorno sanitario (Fumagalli, *et al.*, 2020)[23] aunque los problemas de salud mental generados por el aislamiento también han sido frecuentemente abordados (Armitage y Nellums, 2020; Newman y Zainal, 2020; Santini et. al., 2020)[24]. Una de las alternativas que muestran estos estudios para prevenir trastornos es el mantenimiento del contacto social mediante dispositivos tecnológicos.

Algunos estudios se han centrado en valorar las necesidades de las personas mayores que viven con sus familias o en soledad apoyados por dispositivos electrónicos (Goodman-Casanova, *et al.*, 2020)[25]. Otros, han tenido la oportunidad de analizar el impacto de la virtualización de la atención médica en centros geriátricos durante el confinamiento (Dewa , Lee, Suh, y Min, 2020)[26].

Así las cosas, gran parte de los estudios reflexionan o analizan el apoyo material y humano que han necesitado los centros residenciales de mayores durante la pandemia, fundamentalmente durante el confinamiento y la supervisión de los centros, así como las diferencias de atención en función de los territorios. Se ha debatido y sugerido por parte de algunos estudios el aumento del salario de profesionales que se dedican al cuidado en estas instituciones, así como la formación complementaria y medidas necesarias para prevenir y contener el virus o bien estrategias que aminoren el impacto psicológico en las personas mayores que garanticen el adecuado trato humano.

Otro de los focos comunes encontrados en la bibliografía ha sido las dificultades de análisis por deficiencias en el tratamiento de la información y las dificultades de comunicación sobre la pandemia que ha generado brechas importantes entre la población mayor que se agrava en los casos de demencia.

---

[18] Coe, N., Van Houtven, C.: "Living arrangements of older adults and covid-19 risk: it is not just nursing homes", *Journal of the American Geriatrics Society* núm 7, 2020

[19] Santini, Z., Jose, P., York Cornwell, E., Koyanagi, A., Nielsen, L., Hinrichsen, C., Meilstrup, C., Madsen, K., y Koushede, V.: "Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis", *The Lancet Public Health* núm 1, 2020.

[20] García, R.: "Covid-19: the precarious position of Spain's nursing homes", *BMJ : British Medical Journal* núm 369, 2020.

[21] Lorenz-Dant, K. International Long Care Policy Network. Germany and the COVID-19 long-term care situation. International Long Term Care Policy Network, CPEC-LSE. Disponible en: https://ltccovid.org/wpcontent/uploads/20 20/05/Germany_LTC_COVID-19-26-May-2020.pdf

[22] Trabucchi, M., y De Leo, D.: "Nursing homes or besieged castles: COVID-19 in northern Italy", *The Lancet Psychiatry* núm 5, 2020.

[23] Fumagalli, S., Salani, B., Gabbani, L., Mossello, E., y Ungar, A.: "Covid-19 cases in a no-Covid-19 geriatric acute care setting. A sporadic occurrence?", *European Journal of Internal Medicine* núm 77, 2020.

[24] Armitage, R., y Nellums, L.: "COVID-19 and the consequences of isolating the elderly", *The Lancet Public Health* núm 5, 2020.

[25] Goodman-Casanova, J., Dura-Perez, E., Guzman-Parra, J., Cuesta-Vargas, A., y Mayoral-Cleries, F.: "Telehealth home support during COVID-19 confinement for community-dwelling older adults with mild cognitive impairment or mild dementia: survey study", *Journal of Medical Internet Research* núm 5, 2020.

[26] Dewar, S., Lee, P., Suh, T., y Min, L.: "Uptake of Virtual Visits in A Geriatric Primary Care Clinic During the COVID-19 Pandemic", *Journal of the American Geriatrics Society* núm 7, 2020.

2.1.1. Datos totales COVID en las residencias de mayores

En España hay 29.620 ancianos que han fallecido en residencias con COVID-19 o síntomas compatibles con la enfermedad, según los datos disponibles hasta mayo del 2021 y recopilados por los ministerios de Derechos Sociales, Sanidad y Ciencia e Innovación.

Ello significa que más del 47 % de las muertes notificadas oficial ente por el Ministerio de Sanidad de personas con coronavirus se ha producido entre mayores que vivían en residencias de ancianos. La mayoría de las defunciones se han producido en Madrid, Cataluña, Castilla y León y Castilla-La Mancha.

En septiembre de 2020, se estimaba que había 312.753 personas viviendo en 5.568 residencias de mayores en España, lo que supondría una ocupación del 81,3 % de las 384.567 plazas disponibles, según los resultados del proyecto de investigación *"Nivel de ocupación en residencias de personas mayores"*[27]. De esta manera, desde que estalló la pandemia de coronavirus en España el 7,97 % de los residentes en estos centros habrían fallecido en España en 2020 como consecuencia de la COVID-19, según estos datos.

3. LOS CENTROS RESIDENCIALES EN DATOS

En España existen 389.031 plazas residenciales para personas mayores en 5.542 centros (1.435 centros son centros públicos y 4.107 son privados). El 62% de las plazas -242.206- son de financiación pública y el 38% -146.825- son plazas de financiación privada. La Comunidad con mayor porcentaje de plazas públicas es País Vasco con el 74% y la que menos, es Galicia con tan solo el 41%.

Sólo en 5 Comunidades se alcanza la ratio de 5 plazas residenciales por cada 100 personas mayores de 65 años. La ratio de plazas residenciales para personas mayores se mantiene por debajo del criterio marcado por la OMS. Siguen faltando más de 70.000 plazas residenciales en España. Aunque desde 2010 el número de personas mayores de 65 años se ha incrementado en 1.119.907, las plazas residenciales sólo se han incrementado en 20.226.

Los principales déficits de plazas residenciales, para alcanzar al menos la ratio de 5 plazas por cada 100 mayores de 65 años, se encuentran en Andalucía, Comunidad de Valencia (21.900), Galicia (14.902), Cataluña (9.045), Comunidad de Madrid (8.283), Canarias (7.574), Región de Murcia (6.502) y País Vasco (6.074).

Andalucía, según datos del IMSERSO, tiene un déficit de 28.457 plazas residenciales para alcanzar la ratio de 5 por cada 100 personas mayores de 65 años, siendo la población residente en los Centros Residenciales de Andalucía mayoritariamente femenina y octogenaria.

3.1. De los necesarios cambios en los Centros Residenciales

Actualmente nos encontramos ante un momento de transición, en donde la flexibilización en la atención deberá ir vinculada con el fomento del papel de la comunidad, impulsando los cuidados en el hogar.

Todo ello bajo el paradigma de la Atención Integral Centrada en la Persona, procurando que quienes ejerzan el cuidado se adapten a las necesidades de las personas de una manera individualizada y no al revés.

El perfil del mayor ,en un corto plazo, corresponde con aquella que desea envejecer en casa, y para ello, se deberá arbitrar una atención en el domicilio conjugando la accesibilidad en todos los entornos (físicos, virtuales y sociales). Por esto, no sólo serán necesarios servicios sanitarios y

[27] Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales. Datos del XXI Dictamen del Observatorio de la Dependencia (2020). Disponible en: https://directoressociales.com/xxi-dictamen-del-observatorio-de-la-dependencia/

sociales, sino que se deberá hacer uso de la tecnología en sus versiones más avanzadas, más allá de la teleasistencia domiciliaria, añadiendo la domótica y sus múltiples soluciones, la telemedicina, etc. Generando para ello una fuerte coordinación entre recursos públicos y privados, con el fin de planificar itinerarios individualizados en la atención, asignando las prestaciones más adecuadas a cada persona.

Por todo ello, es necesario un debate en profundidad sobre el modelo residencial, para superar el modelo asistencialista y sobreprotector que todavía impregna estos centros, avanzando hacia modelos que ofrezcan entornos íntimos, evitando la masificación y facilitando la convivencia y el desarrollo del proyecto vital de cada persona desde la perspectiva de que estos centros son lugares para vivir y convivir-sustituyen a los hogares familiares- y no son centros sanitarios.

3.1.1. La prevención en los centros residenciales

Se necesitan medidas proactivas por parte de los centros residenciales para identificar y excluir al personal y a los visitantes potencialmente infectados, vigilar activamente a los residentes potencialmente infectados y aplicar medidas apropiadas de prevención y control de la infección para evitar la introducción de la COVID-19. Las residencias de mayores fue el primer objetivo del plan de vacunación que arrancó en España el 27 de diciembre de 2020, desde ese momento, al menos una dosis de la vacuna ha llegado al 99,7 % de los residentes de España y el 93,3 % ha recibido las dos que son necesarias para completar la pauta. Según el Informe del Ministerio de Sanidad y del Instituto Carlos III, se estima que el plan de vacunación ha evitado más de 3.500 fallecimientos en las residencias[28].

Las residencias de ancianos son lugares especialmente vulnerables a la infección. Ello se debe a varias causas, a un espacio vital que, en ocasiones, puede estar saturado con pocos metros por habitante; a una ventilación inadecuada y una higiene deficien e si se compara con las medidas higiénicas recomendadas para hacer frente al COVID-19 (por ejemplo, la fijación de este coronavirus en objetos metálicos como andadores y objetos de plástico de uso compartido); y a la falta de un personal cualific do para el control de la infección y, en particular, para prevenir la transmisión del COVID-19 (García, 2020).

Los centros residenciales no disponen en muchas ocasiones de espacios habilitados para realizar un aislamiento adecuado. Por ese motivo, la prevención es tan importante en dichos centros, así como el aislamiento de los casos positivos, como ya puso de manifiesto *la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología* en el documento que remitió al Ministerio de Sanidad el 24 de marzo de 2020 (Las residencias y centros sociosanitarios son el recurso más vulnerable ante el coronavirus y requieren nuestro apoyo y acciones urgentes de protección) y que fue redactado conjuntamente por geriatras del ámbito hospitalario y residencial.

Resulta fundamental la presencia de equipos de atención geriátrica en todas las áreas de salud, incluyendo la atención primaria, siendo interesante valorar la posibilidad de equipos de valoración geriátrica móviles en cada área de salud para identificar el paciente geriátrico presente en la residencia y ofrecerle un plan de cuidados individualizado (Tarazona-Santabalbina, Martínez-Velilla, Vidán y García-Navarro, 2020)[29]

[28] Gobierno de España. Estrategia de vacunación COVID-19. Disponible en: https://www.vacunacovid.go b.es/voces-expertas/las-vacunas-evitaron-3500-muertes-en-residencias-solo-en-el-primer-trimestre-de-20 21

[29] Tarazona-Santabalbina, F.J., Martínez-Velilla, N., Vidán, M.T., y García-Navarro, J.A.: "COVID-19, adulto mayor y edadismo: errores que nunca han de volver a ocurrir", *Revista Española De Geriatría Y Gerontologí*a núm 4, 2020.

3.1.2. La importancia de la coordinación sociosanitaria

Cómo se ha podido comprobar, la pandemia del COVID-19, afecta de manera desproporcionada a la población mayor, para su correcta gestión es clave la coordinación en todas las prácticas profesionales que se llevan a cabo en los centros residenciales, ya sean de carácter sanitario, social o rehabilitador (Sinvani, 2020)[30].

La enfermería y su valoración en la gestión de la pandemia así lo han demostrado, por ello, la actuación debe centrarse no tanto en modelos o estrategias, sino en las personas, donde los ejes vertebradores sean la calidad de la atención, la transparencia en la gestión, la sostenibilidad del sistema y la garantía del cumplimiento de los derechos humanos.

3.1.3. Sistemas de Garantía de Calidad

Menos de la mitad de los centros residenciales cuenta con sistemas de garantía de calidad, la evaluación es el paso necesario para la mejora. El desarrollo de escalas de evaluación de la calidad de vida es un paso previo necesario para el desarrollo de planes y estrategias de atención específicos centrados en la mejoría de la calidad de vida del usuario de los servicios sociales, se propone el uso de la Escala FUMAT, Evaluación de la Calidad de Vida en personas Mayores, para tal fin

Este instrumento permite la evaluación objetiva de la calidad de vida (bienestar emocional, físico, material, relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, autodeterminación y derechos). Su finalidad es la de identificar el perfil de calidad de vida de una persona para la realización de planes individualizados de apoyo y proporcionar una medida fiable para la supervisión de los progresos y los resultados de los planes (Verdugo, Gómez y Arias, 2009)[31].

La organización del centro o servicio ha de supeditarse a las personas. Lo organizativo ha de estar orientado a la mejora de la calidad de vida, a facilitar el desarrollo de los proyectos vitales de las personas, sus deseos y preferencias en relación a la atención y vida cotidiana, y además se tiene que basar en las siguientes dimensiones para la prestación de servicios residenciales:

- Atención a la persona. Dentro de esta dimensión se pueden valorar las áreas relacionadas con la atención, valoración, nutrición, farmacología, prevención de riesgo, protocolos de atención, planes de atención personalizada, etc.
- Relaciones y derechos del residente. Las áreas a desarrollar serían: intimidad, confidencialidad, adaptación al centro, satisfacción de residentes y familiares, participación en decisiones, actividades de convivencia, relación con la familia, convivencia, etc.
- Entorno y servicios prestados. Dividido en áreas relativas a: seguridad, limpieza e higiene, imagen personal, facilidades para comer, etc.
- Organización. Áreas relevantes divididas en: formación continuada del personal del centro, funcionamiento del equipo interdisciplinar y dossier documental actualizado del residente.
- Constatación por el externo. Sistema de gestión de calidad, herramientas actualizadas para la realización de evaluaciones y acciones de mejora; y "Cuestionario de Autoevaluación de los Centros".

[30] Sinvani, L.: "The COVID-19 Pandemic: Experiences of a Geriatrician-Hospitalist Caring for Older Adults", *Journal of the American Geriatrics Society* núm 5, 2020.

[31] Verdugo Alonso, M.Á., Gómez Sánchez, L.E., y Arias Martínez, B.: "Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La escala FUMAT", *Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (Salamanca, España)* SN, 2009.

Sin olvidar que, la Calidad Total es el compendio de las mejores prácticas en el ámbito de la gestión de organizaciones, a las cuales se les suele denominar Principios de la Calidad Total-Excelencia o Conceptos fundamentales de la excelencia en la gestión[32].

Si nos centramos en el rendimiento económico, los indicadores presentados bajo este dominio reflejan una noción más amplia de la calidad en los servicios de cuidado que incluyen el concepto de "sostenibilidad", el cual se encuentra en el núcleo del Open Method of Cooordination (OMC) (Método Abierto de Coordinación)[33] de la UE respecto a los cuidados de larga duración. Siendo necesario destacar:

1. Coste por residente en la residencia, por año.
2. Coste de personal por días de cuidado.
3. Promedio de tiempo utilizado en los cuidados por día y por residente.
4. Grado de utilización de la capacidad de la residencia.

3.1.4. Espacios de vida e intimidad

En la actualidad, el propio entorno añade riesgos a su vulnerabilidad (Gardner, States, y Bagley, 2020)[34], al tratarse de centros cuya actividad se organiza en salas comunes. Bien sea para la provisión de servicios terapéuticos o para las comidas y actividades de ocio. Los centros residenciales no son hospitales ni hoteles, han de ser hogares. Las residencias deben reorganizarse y enfrentar esta nueva etapa con mejoras a todos los niveles favoreciendo la vida activa de los residentes, su independencia en entornos accesibles desde el punto de vista físico, tecnológico y social, promocionando su intimidad y privacidad, diseñando espacios con número máximo de habitaciones individuales. Son prácticas positivas que los residentes puedan decorarlas con sus pertenencias e incluso equiparlas con pequeños electrodomésticos, que favorecen la independencia y la intimidad, dándole identidad.

3.1.5. Humanización

Se deben introducir de manera transversal planes de humanización en todos los centros residenciales, menos de la mitad de los centros han llevado a cabo planes de humanización. Para unas correctas medidas basadas en el paradigma de la humanización hay que dar respuesta a tres variables: 1) conocer la historia de vida de las personas residentes, 2) feminizar las prestaciones y 3) luchar contra la "soledad residencial". En la atención hay que hacer hincapié en la historia de vida de los mayores, no protocolizar, la clave está en la individualización de la atención. Sería correcto llevar a cabo feminización de medidas, ya que la población es mayoritariamente femenina y octogenaria.

Es crucial trabajar para eliminar la soledad residencial, si bien es un factor de riesgo, no es exclusivo para percibir el sentimiento de soledad, ya que como confirma el estudio de Schoenmakers y Tindemans (2017)[35], hay un alto porcentaje de personas mayores que se sienten solas a pesar de estar

[32] Leturia Arrazola, M.: Los sistemas de calidad y herramientas de evaluación de los servicios residenciales y su relación con el modelo de atención. Disponible en: https://www.fundacionpilares.org/docs/encuentro_MA_Leturia.pdf

[33] OMC, en español MAC (Método Abierto de Coordinación) es un instrumento de coordinación de políticas entre los Estados Miembros de la UE en las áreas de protección e inclusión social. Permite actuar a nivel europeo en áreas en las cuales la UE no puede legislar, ya que no son de su competencia. Este método se basa en el intercambio de buenas prácticas y en la realización de evaluaciones por pares. A partir de este método los países miembros identifican y definen objetivos comunes, fijan indicadores comunes para la medición del progreso de estos objetivos y realizan una evaluación comparativa, o sea, una comparación entre los resultados obtenidos y un intercambio de buenas prácticas.

[34] Gardner, W., States, D. y Bagley, N.: "The coronavirus and the risks to the elderly in long-term care", *Journal of Aging & Social Policy* núm 4-5, 2020.

[35] Schoenmakers, E. y Tindemans, I.: "What I feel and do when I feel lonely: A qualitative study on older adults Coping with loneliness", *Innovation in Ageing* núm 1, 2017.

en compañía. No obstante, existe una estrecha relación entre de vivir solo/a, el sentimiento de soledad y aislamiento social, configurándose como factores de riesgo que afectan al bienestar y calidad de vida de las personas mayores.

Por tanto, la soledad se relaciona directamente con la calidad de vida, a menor sentimiento de soledad mayor calidad de vida y viceversa.

3.1.6. TIC y la nueva normalidad

Las tecnologías han cambiado completamente el mundo en el que vivimos. Su uso debe ser una oportunidad para avanzar en la cohesión social y para ser una fuente de oportunidades para toda la sociedad, independientemente de la edad o capacidades. Prácticamente la totalidad de los centros residenciales usaron las TIC para mantener la comunicación constante entre residentes y familias. La tecnología guarda un secreto, está preparada para adaptarse a la persona usuaria y no al revés. Por ello, hay que aprovechar esa clave y configurarla bajo el paraguas de la accesibilidad y el diseño para todas las personas.

Las tecnologías son amables y la tecnofobia día a día va desapareciendo en este sector de la población. La tecnología lleva aparejado un universo que facilita la participación y la comunicación, ayudando a mantener el vínculo con familias y amistades. Es necesario que se desarrollen tecnologías amables y universales que partan de las necesidades de este grupo de población y se adapten a ellas. Las TIC deben ser una herramienta tanto de participación como de mejora de la calidad de vida.

3.2. Los nuevos recursos residenciales. Los Centros de Cuidados Intermedios

Estos centros son creados para atender a las personas mayores y con discapacidad que sufran patologías cronificables, requiriendo, por tanto, una continuidad de cuidados específicos y más especializados de los que son prestados desde el ámbito del servicio de ayuda a domicilio.

Para hacer una proyección de la necesidad de desarrollo de estos centros, sólo en Andalucía y con carácter anual, sufren en torno a 50.000 personas alguna de las patologías consideradas potencialmente cronificables y además, causantes principales de invalidez, como por ejemplo ictus, infartos cerebrales, fracturas de cadera, húmero, fémur o incluso secuelas de accidentes cardiovasculares. El 94% de estos pacientes son mayores de 50 años. A este escenario se suma que la población mayor de 65 años en Andalucía en la actualidad supera el 17% del total, y la previsión del Instituto andaluz de Estadística es que para 2040 supere el 28%.

El informe *"El reto de los cuidados sociosanitarios intermedios: Mapa de recursos y propuestas de futuro"*[36], desarrollado por el Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (Fundación IDIS) en colaboración con la Fundación Edad&Vida, propone un paquete de cinco medidas para el desarrollo de los cuidados sociosanitarios intermedios:

1. Establecer los cuidados sociosanitarios intermedios como prioridad política, ya no sólo a nivel regional cómo se ha desarrollado hasta ahora, sino a nivel nacional.
2. Desarrollar un sistema de acreditación de centros para asegurar la calidad de los servicios, adecuar la regulación y aumentar la visibilidad de los cuidados sociosanitarios intermedios entre los usuarios.
3. Apostar por un desarrollo normativo que defina de forma clara el perfil de beneficiarios, la cartera de servicios, las bases del modelo asistencial y las necesidades de formación. De esta forma se garantizaría la equidad de los cuidados

[36] Instituto para el desarrollo e integración de la salud. *"El reto de los cuidados sociosanitarios intermedios: Mapa de recursos y propuestas de futuro"*. Disponible en: https://www.fundacionidis.com/informes-ccaa/andalucia

intermedios en todo el territorio y se adaptará el modelo asistencial a los nuevos retos demográficos y sociales

4. Adaptar el desarrollo de la oferta en cada comunidad autónoma a los recursos ya disponibles en cada una de ellas. Si bien algunas comunidades pueden aprovechar los recursos ya existentes (bien en centros de media y larga estancia, hospitalización a domicilio o centros residenciales acreditados), otras comunidades deberán aumentar necesariamente la capacidad mediante la creación de nuevas plazas. No existe una única solución adecuada, sino que cada comunidad debe adaptar su situación específica para generar una oferta basada en necesidades reales
5. Adoptar un sistema de pago por actividad adecuado, incentivando la transición del hospital de agudos a los cuidados intermedios. De esta forma se maximizará la eficiencia de los cuidados y se favorecerán los modelos más orientados al usuario

4. PROPUESTA PARA LA MEJORA DEL FUTURO DE LOS CENTROS RESIDENCIALES ANDALUCES

Estamos ante un momento de cambio, los servicios residenciales dirigidos a las personas mayores se deben replantear y sobre todo actualizar para dar respuesta a los retos de la nueva realidad. Por ello, es necesario detallar las siguientes pautas para un correcto avance:

1. Es fundamental actualizar la normativa de los centros residenciales para las personas mayores en Andalucía (la actual es del 5 de noviembre de 2007), ya que tendrán que diseñar el soporte a tres grupos de edad diferentes: la generación pionera o usuarios actuales, los que en un plazo de cinco a diez años pueden considerar su ingreso en una residencia y los futuros residentes, que necesitarán hacer uso de los centros residenciales en 35 años o más. Los centros residenciales deberán tener la suficiente flexibilidad y adaptabilidad para responder a las necesidades cambiantes
2. El gobierno autonómico, deberá contar con suficiente conocimiento, planificación, regulación, financiación, provisión, gestión, evaluación y control de una oferta clara y suficiente de servicios e intervenciones que conecten con unas determinadas y bien delimitadas demandas y necesidades de la población residente en centros de mayores.
3. Todos los centros deben garantizar la alta intensidad de atención socio-sanitaria, es fundamental la atención permanente, la disponibilidad continua de servicios médicos, de enfermería y de personal multidisciplinar orientado al bienestar integral de las personas residentes, pensado en esta nueva gestión de organización jerárquica (dirección, equipo profesional, cuidadores) a una gestión de abajo-arriba, donde la clave está en la participación de las personas residentes, de sus familias y del personal de atención directa.
4. La atención debe ser prestada desde la singularidad de la persona, lo que implica la atención única.
5. Creación de equipos de valoración geriátrica móviles en cada área de salud para identificar el paciente geriátrico presente en la residencia y ofrecerle un plan de cuidados individualizado.
6. Individualidad e intimidad. Todos los centros residenciales deberán contar con un 75% del total de las plazas de uso individual, cómo mínimo.
7. Unidades de convivencia. Las residencias de nueva construcción o aquellas que amplíen su capacidad en más de quince plazas sería recomendable que destinen al

menos el 65% de sus plazas a las unidades de convivencia. Es un modo de subdividir el centro en unidades de máximo 16 personas para facilitar un ambiente hogareño y de prevención de contagios, la gestión de la pandemia hubiera sido más sencilla si dichas unidades hubieran estado ya establecidas en los centros residenciales.

8. Los centros deberán ubicarse en entornos no aislados, próximos a los servicios comunitarios y con respeto riguroso a la cadena de accesibilidad del centro residencial a los demás servicios del municipio.

9. Los centros residenciales deberán evaluar su actuación en base a los criterios del modelo de calidad de vida, de calidad en la gestión y de ética en la intervención, pudiendo combinarse las modalidades de autoevaluación con las evaluaciones de carácter externo. Fundamental la implantación de un modelo de mejora continua de la calidad de los apoyos prestados y de la gestión del centro.

10. Para un correcto funcionamiento del organigrama en la gestión de las contingencias es necesario un liderazgo corporativo que proporcione claridad en los mensajes, capacitación necesaria y actualización constante de regulaciones, políticas y procedimientos; labores fundamentales de coordinación para mejorar la calidad de las actividades.

Para concluir, es fundamental que los centros residenciales den respuesta a tres necesidades clave:

1. Llegar a la ratio de plazas residenciales que establece la OMS.

2. Capacitación continua de los profesionales que prestan sus servicios en los centros residenciales.

3. Innovar y hacer de los centros residenciales hogares para sus residentes donde se respete su individualidad.

Todo ello es fundamental para adelantarnos a las demandas y diseñar respuestas ajustadas a las necesidades de este sector de la población. Sí Andalucía da respuestas a las cuestiones indicadas, conseguirá cambiar la realidad de los centros de mayores, los cambios traen innovación y la innovación lleva al progreso.

5. TECNOLOGÍA PARA LA SALUD. PROXIMIDAD INDIVIDUALIZADA

No se puede obviar, que en el momento actual las tecnologías se aplican a todas las facetas de la vida, según el informe *"Technology-eneabled Services for Older People Living at Home Independently: Lessons for public long-termn care authorities in the EU Member States"* (Carretero, 2014)[37], se clasifican en productos, servicios y aplicaciones de tipo genérico, tecnologías de asistencia, casas inteligentes o domótica, tecnologías aplicadas a la asistencia domiciliaria, las tecnologías aplicadas al bienestar y tecnologías aplicadas a la salud.

Los beneficios que las TIC pueden aportar en el campo del envejecimiento activo y saludable para las personas mayores son cada vez más numerosos, ya que pueden prevenir y detectar de manera anticipada las enfermedades, pudiendo disminuir el número y la duración de los ingresos en los hospitales, además la recuperación post operatoria puede realizarse en el domicilio, de manera que se realice de una más efectiva y económica.

[37] Carretero, S.: European Commission. *"Mapping of effective technology-based services for independent living for older people at home. Seville. Joint Research Centre, Institute for Prospective Technological Studies"*. Disponible en: https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC91622

La utilización de las TIC puede estrechar el contacto del usuario con los prestadores de los servicios, pudiéndose realizar un seguimiento mejor y de mayor calidad. Dentro de las tecnologías aplicadas a la salud, destacamos la telemedicina, la teleasistencia sanitaria (Telehealth) y la Telemonotorización (Telementoring) (Sánchez, 2015).

La telemedicina presenta ventajas para la sostenibilidad del sistema y para mejorar la justicia distributiva. Tendría su utilidad en aquellas situaciones en las que concurre una distancia física insalvable entre el médico y el paciente. También podría mejorar la accesibilidad al médico en los pacientes que presentan dificulta es de movilidad, tales como pacientes con discapacidad, pacientes frágiles o de edad avanzada. No obstante, desde una óptica legal, la telemedicina carece de regulación específica y presenta lagunas que abocan al médico a considerables dosis de inseguridad. En definitiva, la telemedicina constituye una modalidad de asistencia sanitaria que, con toda probabilidad, ha venido para quedarse, por lo que urge una regulación clara que otorgue la seguridad jurídica que profesionales y pacientes necesitan para su uso con garantías, así lo ha manifestado la Comisión Central de Deontología ratifican o la importancia de la relación médico-paciente y aclarando que, en tiempo o no de pandemia, la modalidad de teleconsulta tiene que ser consensuada por ambas partes, de conformidad al criterio del médico, quien debe gozar de un tiempo suficiente en la agenda asistencial en beneficio de los requisitos de calidad y de calidez (Gil, Barrios, Cosín-Sales, Gámez, 2021)[38].

En plena pandemia de la COVID-19, las tecnologías han sido empleadas por un alto porcentaje de profesionales de la salud e instituciones para proteger, diagnosticar la salud de un paciente, con el uso e integración de nuevas tecnologías que han provocado cambios radicales en las personas que se encuentran en aislamiento en los hogares tomando las medidas pertinentes para llevar una salud, tratamiento vigilado y auspiciado por los profesionales, teniendo presente que eso se lo realiza con el fin de mantener el confinamiento de las personas siempre y cuando necesiten una asistencia la obtenga de manera rápida y segura. (Chóez, Villacreses, Figueroa, Barreto, y Maldonado, 2021)[39]

5.1. Telemonitorización

La telemonitorización, es la vigilancia remota de parámetros fisiológicos y biométricos (frecuencia cardiaca, presión arterial, etc.) de un paciente en su vida diaria. El seguimiento se da de forma que el paciente en remoto (desde su domicilio, en el trabajo, etc.) y de forma periódica (diaria, semanal, etc.) envía datos biomédicos a un centro sanitario. Además de estos datos, el paciente responde a unos cuestionarios sobre su estado de salud. Cuando un parámetro presenta alguna anormalidad, el profesional sanitario se pone en contacto con el paciente, para indicar lo que tiene que hacer. La telemonitorización puede ser activa o automática, en la activa el propio paciente incorpora a la aplicación informática facilitada por el servicio sanitario las medidas que le proporcionan sus dispositivos (glucómetro, pulsioxímetro, etc.). El paciente puede emplear para ello el ordenador, una tablet o el móvil; y en el caso de la automática, el propio dispositivo de medida (glucómetro, sensores, etc.) vuelca los datos directamente a la aplicación (ya sea a "la nube" o a la historia clínica), de manera automática, sin la participación activa del paciente anotando por sí mismo las medidas.

Se trata de una respuesta de atención sanitaria personalizada, equitativa y sostenible que viene a generar soluciones por el consecuente aumento de enfermedades crónicas, zonas rurales con población dispersa, todo ello unido al aumento del uso de dispositivos móviles y la conectividad de internet. Sin olvidar, que además puede contribuir al objetivo 3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030, garantizando una vida sana y promoviendo el bienestar para todas

[38] Gil, C., Barrios, V., Cosín-Sales, J. y Gámez, J.M.: "Telemedicina, ética y derecho en tiempos de COVID-19. Una mirada hacia el futuro", *Revista Clínica Española* SN, 2021.

[39] Chóez Calle, J.E., Villacreses Parrales, C.A., Figueroa Castillo, V., Barreto Pin, J. y Maldonado Zuñiga, K.: "Telemedicina: el nuevo paradigma en la sociedad", *Serie Científica De La Universidad De Las Ciencias Informáticas* núm 14, 2021.

las edades mediante el uso eficie te de los recursos y orientado a alcanzar los mejores resultados de salud, teniendo en cuenta a colectivos especialmente vulnerables como las personas con discapacidad y mayores (Bascones, Martorell y Turrero, 2021)[40]

5.2. La nueva herramienta para la gestión. La Historia Social Única

El Proyecto Europeo *Regional Single Social Record* (RESISOR), liderado por la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, con el objetivo de mejorar y agilizar la atención a las personas usuarias de las prestaciones sociales a través de la implantación de la Historia Social Única Digital (HSUE), ha supuesto una apuesta por la gestión digital, así como un importante avance e innovación en el ámbito de los Servicios Sociales en Andalucía. Esta herramienta supondrá un hito para la mejora de la integración vertical y horizontal de los servicios sociales y el acceso, tanto de los y las profesionales de los distintos ámbitos de intervención social, como de la ciudadanía a la información sobre sus historiales de atención personalizada, suponiendo un enorme avance en la modernización de los procesos de atención (Muñoz y García, 2019)[41].

La HSUE, a través de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), permitirá una atención integral y coordinada a las personas usuarias de los servicios sociales mediante la unificación y actualización permanente de la información y la simplificación de los procedimientos de atención, moldeando unos servicios accesibles y flexibles (García, *et al.* 2018)[42].

A través del proyecto *Cohessiona* se desarrolla la HSUE en Andalucía. Esta plataforma telemática integrará los distintos procesos de intervención social de las personas usuarias de los servicios sociales. De este modo, en tiempo real, se podrá conocer y controlar el estado en el que se encuentran los distintos recursos.

Cohessiona supondrá una significativa optimización de los recursos públicos para la mejora de la atención a las personas beneficiarias de los servicios sociales ya que se configura como modelo integrado de gestión que incorpora, en un único sistema de información electrónica, la gestión de los servicios sociales tanto a nivel comunitario como especializado, así como la información de las distintas entidades proveedoras tanto públicas como privadas. Por tanto, nos encontramos ante una herramienta informática que facilitará y simplificará los procesos de intervención considerablemente ya que los y las profesionales podrán compartir y consultar la trayectoria de las personas usuarias con las suficientes garantías de seguridad, confidencialidad y protección de los datos personales (Junta de Andalucía, 2019)[43].

El desarrollo de la Historia Social Única Electrónica de Andalucía supondrá un cambio en el modelo de gestión de los servicios sociales andaluces y en la manera en que los mismos se relacionan con la ciudadanía. La integración vertical de todos los servicios, desde los más especializados a los comunitarios, y la horizontal, desde los públicos a los privados pasando por los concertados, supondrá la implantación de una nueva cultura de trabajo que transformará el modo en el que se prestan los servicios sociales en la actualidad.

---

[40] Bascones, L. M., Martorell, V. y Turrero, M.: "Accesibilidad en las aplicaciones y dispositivos de telemonitorización de la salud. Un acercamiento a la realidad" *Observatorio de accesibilidad TIC. Discapnet.*

[41] Muñoz, M.D. y García, J.I.: "Informe de evaluación del proyecto RESISOR Regional Single Social Record. Metodología y Resultados para el diseño de la Historia Social Única Electrónica en Andalucía". Ed. Universidad Internacional de Andalucía (UNIA). Sevilla. https://www.unia.es/explorar-catalogo/item/proyecto-resisor.

[42] García, M., Alonso, F., Fernández, F.J., Bernal, J.A., García, L. , Jiménez, S., Martínez, R., Bauzá, M., Muñoz, M.D. Millán, A., Rincón, M.D, Ramírez de Cartagena, P., Quiñones P., Gálvez, P., Martínez, M.(2018). RESISOR. Libro Blanco de la Historia Social Única Electrónica de Andalucía. (Resumen ejecutivo - Proyecto RESISOR). Ed. Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de Andalucía - SGPS. SEVILLA.

[43] Junta de Andalucía (2019). Sistema Cohessiona. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/presidencia/porta voz/social/148059/consejodegobierno/IgualdadPoliticasSocialesyConciliacion/Cohessiona/historiasocialunicaelectronica/conveniosmunicipales/diputaciones/carpetaciudadana/ventanillaelectronica

El impacto que la pandemia de la COVID ha tenido en los servicios sociales pone de manifiesto (Chaves-Montero *et al.*, 2021; Morilla-Luchena, 2021)[44],[45] que los procesos tecnológicos vinculados al teletrabajo en los servicios sociales han venido para quedarse de manera definitiva

REFLEXIONES FINALES

En épocas de cambio es fundamental conocer la estrategia gubernamental diseñada para afrontar los cambios, así tras analizar el Dictamen para la Reconstrucción Social y Económica, el mismo deja constancia que el impacto de la pandemia por COVID-19 ha convertido en urgente la coordinación de los sistemas sanitario y social. Además, ha puesto el foco en nuevos riesgos y necesidades. Las medidas de coordinación social y sanitaria deben asegurar una atención de calidad en los centros residenciales y garantizar que las personas residentes conserven y conjuguen sus derechos al cuidado sanitario desde el Sistema Nacional de Salud con los derivados de su situación de dependencia, con los estándares de calidad de ambos sistemas.

Creando para ello un órgano de coordinación entre los sistemas sanitario y social de atención a la dependencia, encargado de: A) planificar de forma conjunta los cuidados de larga duración, B) establecer un sistema integrado de información, C) velar por la calidad de las prestaciones y D) definir los protocolos a seguir en caso de crisis sanitarias. Y para todo ello, identificar un equipo gestor de seguimiento de los programas de la atención en las residencias que aseguren la atención a la cronicidad según situación clínica y la eficaz coordinación con los servicios sociales de atención a la dependencia en las residencias.

Promover junto con las comunidades autónomas la coordinación de los sistemas sanitario y social, desde la constatación de que las personas residentes en estos centros conservan sus derechos a la atención sanitaria desde el Sistema Nacional de Salud y a la atención a su situación de dependencia, con los estándares de calidad de ambos sistemas.

Esta coordinación deberá establecerse:

- A nivel domiciliario, a través del seguimiento de la situación social y sanitaria de las personas con apoyo de la teleasistencia avanzada.
- En residencias, el seguimiento de la atención sanitaria se realizará por el centro de salud con derivación a hospital cuando la situación clínica lo requiera. Los servicios sociales tendrán que establecer acreditaciones de formación del personal de cuidados y un sistema de inspección periódica que permitan comprobar el cumplimiento de las condiciones exigidas a estos centros residenciales a efectos de verificar dicha coordinación.

BIBLIOGRAFÍA

Alianza científi o-profesional estado de bienestar: Cohesión de los Servicios Sociales y Sanitarios para la atención a la población sociosanitaria, 2019. Disponible en: http://www.alianzaestadobienestar.com/ images/Documentos/ACE BCohesionSanidadyServiciosSocialesAtencionSociosanitaria21feb2019.pdf

Armitage, R., y Nellums, L.: «COVID-19 and the consequences of isolating the elderly», *The Lancet Public Health* núm. 5, 2020.

[44] Chaves-Montero, A.;Relinque-Medina, F.;Fernández-Borrero, M.Á.;Vázquez-Aguado, O.: "Twitter, Social Services and Covid-19: Analysis of Interactions between Political Parties and Citizens", *Sustainabilit*y núm 13, 2021.

[45] Morilla-Luchena, A.; Muñoz-Moreno, R.; Chaves-Montero,A.; Vázquez-Aguado, O.: "Teleworkand Social Services in Spain during the COVID-19 Pandemic", *Int. J.Environ. Res. Public Health* núm 18, 2021.

Banerjee, D.: «The Impact of Covid-19 Pandemic on Elderly Mental Health» *International Journal of Geriatric Psychiatry*, núm. 12, 2020.

Bascones, L.M., Martorell, V. y Turrero, M.: «Accesibilidad en las aplicaciones y dispositivos de telemonitorización de la salud. Un acercamiento a la realidad» *Observatorio de accesibilidad TIC*. Discapnet.

Batsis, J. A., Daniel, K., Eckstrom, E., Goldlist, K., Kusz, H., Lane, D., Loewenthal, J., Coll, P.P., y Friedman, S.M.: «Promoting Healthy Aging During COVID-19», *Journal of the American Geriatrics Society* núm. 3, 2021.

Calasanti T.: «Combating ageism: How successful is successful aging?», *The Gerontologist* núm. 6, 2016.

Calero, M. D., y Navarro, E.: «Variables that favour successful ageing/Variables que favorecen un envejecimiento exitoso», *Estudios de Psicología* núm. 2-3, 2018.

Carcar, J.E.: «Una reflexión sobre el derecho a la asistencia sanitaria como derecho social y universal con financiación pública», *Revista de Derecho UNED*, núm. 18, 2016.

Carretero, S.: European Commission. «Mapping of effective technology-based services for independent living for older people at home. Seville. Joint Research Centre, Institute for Prospective Technological Studies». Disponible en: https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC91622

Chaves-Montero, A.; Relinque-Medina, F.; Fernández-Borrero, M.Á.; Vázquez-Aguado, O.: «Twitter, Social Services and Covid-19: Analysis of Interactions between Political Parties and Citizens», *Sustainability*, núm. 13, 2021.

Chóez Calle, J. E., Villacreses Parrales, C. A., Figueroa Castillo, V., Barreto Pin, J., y Maldonado Zuñiga, K.: «Telemedicina: el nuevo paradigma en la sociedad», *Serie Científica De La Universidad De Las Ciencias Informáticas* núm. 14, 2021.

Coe, N., Van Houtven, C.: «Living arrangements of older adults and covid-19 risk: it is not just nursing homes», *Journal of the American Geriatrics Society* núm. 7, 2020

Cohen, M., y Tavares, J.: «Who are the most at-risk older adults in the covid-19 era? it's not just those in nursing homes», *Journal of Aging & Social Policy* núm. 4-5, 2020.

Dewar, S., Lee, P., Suh, T., y Min, L.: «Uptake of Virtual Visits in A Geriatric Primary Care Clinic During the COVID-19 Pandemic», *Journal of the American Geriatrics Society* núm. 7, 2020.

Espinoza, L.: «El envejecimiento saludable y el bienestar: un desafío y una oportunidad para enfermería», *Enfermería Universitaria* núm. 3, 2016.

Fumagalli, S., Salani, B., Gabbani, L., Mossello, E., y Ungar, A.: «Covid-19 cases in a no-Covid-19 geriatric acute care setting. A sporadic occurrence?», *European Journal of Internal Medicine*, núm. 77, 2020.

García, R.: «Covid-19: the precarious position of Spain's nursing homes», *BMJ : British Medical Journal* núm. 369, 2020.

García, M. Sáez, Alonso F. , Fernández, F.J., Bernal, JA., García, L. , Jiménez, S., Martínez, R., Bauzá, M., Muñoz, M.D. Millán, A., Rincón, M.D, Ramírez de Cartagena, P., Quiñones P., Gálvez, P., Martínez, M.(2018). *RESISOR. Libro Blanco de la Historia Social Única Electrónica de Andalucía. (Resumen ejecutivo – Proyecto RESISOR)*. Ed. Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de Andalucía - SGPS. SEVILLA. pp. 1- 64.

Gardner, W., States, D., y Bagley, N.: «The coronavirus and the risks to the elderly in long-term care», *Journal of Aging & Social Policy* núm. 4-5, 2020.

Gil, C., Barrios, V., Cosín-Sales, J. y Gámez, J.M.: «Telemedicina, ética y derecho en tiempos de COVID-19. Una mirada hacia el futuro», *Revista Clínica Española* SN, 2021.

Girdhar, R., Srivastava, V., y Sethi, S.: «Managing mental health issues among elderly during COVID-19 pandemic», *Journal of Geriatric Care and Research,* núm. 1, 2020.

Goodman-Casanova, J., Dura-Perez, E., Guzman-Parra, J., Cuesta-Vargas, A., y Mayoral-Cleries, F.: «Telehealth home support during COVID-19 confinement for community-dwelling older adults with mild cognitive impairment or mild dementia: survey study», *Journal of Medical Internet Research* núm. 5, 2020.

Harvard Medical School. Harvard Study of Adult Development. Disponible en: https://www. adultdevelop mentstudy.org/

Instituto para el desarrollo e integración de la salud. «El reto de los cuidados sociosanitarios intermedios: Mapa de recursos y propuestas de futuro». Disponible en: https://www. fundacionidis.com/informes-ccaa/andalucia

Leturia Arrazola, M.: Los sistemas de calidad y herramientas de evaluación de los servicios residenciales y su relación con el modelo de atención. Disponible en: https://www. fundacionpilares.org/docs/encuentro_MA_Leturia .pdf

Lloyd-Sherlock, P.G., Kalache, A., McKee, M., Derbyshire, J., Geffen, L., Casas, F.G.O., y Gutierrez, L.M.: «WHO must prioritise the needs of older people in its response to the covid-19 pandemic», *BMJ*, núm. 368, 2020.

Lorenz-Dant, K. International Long Care Policy Network. Germany and the COVID-19 long-term care situation. International Long Term Care Policy Network, CPEC-LSE. Disponible en: https://ltccovid.org/wpcontent/uploads/20 20/05/Germany_LTC_ COVID-19-26-May-2020. pdf

Morilla-Luchena, A.; Muñoz-Moreno, R.; Chaves- Montero, A.; Vázquez-Aguado, O.: «Teleworkand Social Services in Spain during the COVID-19 Pandemic», *Int. J.Environ. Res. Public Health* núm. 18, 2021.

Muñoz, M.D. y García, J.I.: «Informe de evaluación del proyecto RESISOR Regional Single Social Record. Metodología y Resultados para el diseño de la Historia Social Única Electrónica en Andalucía». Ed. Universidad Internacional de Andalucía (UNIA). Sevilla. https://www.unia. es/explorar-catalogo/item/ proyecto-resisor.

Observatorio de Salud Mental de Andalucía. La coordinación de los Servicios Sanitarios y Sociales. Un discurso para una atención humanizada y de calidad, y en defensa de los derechos sanitarios y sociales. disponible en: https://consaludmental.org/publicaciones/ Coordinacion-servicios-sanitarios-sociales.pdf

Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/sbd46_ p2.pdf.

— Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Disponible en: http://apps. who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf;jsessionid=865834CBEB089191E9731E919AFC9 5CD?sequence=1

Perlingeiro, R.: «Los cuidados de salud para los ancianos. Entre las limitaciones presupuestarias y el derecho mínimo asistencial», *Boletín Mexicano de Derecho Comparado* núm. 140., 2014.

Petretto, D.R. y Pili, R.: «Ageing and COVID-19: What is the Role for Elderly People» Geriatrics, núm. 25, 2020.

Santini, Z., Jose, P., York Cornwell, E., Koyanagi, A., Nielsen, L., Hinrichsen, C., Meilstrup, C., Madsen, K., y Koushede, V.: «Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis», *The Lancet Public Health*, núm. 1, 2020.

Schoenmakers, E., y Tindemans, I.: «What I feel and do when I feel lonely: A qualitative study on older adults Coping with loneliness», *Innovation in Ageing* núm. 1, 2017.

Sinvani, L.: «The COVID-19 Pandemic: Experiences of a Geriatrician-Hospitalist Caring for Older Adults», Journal of the American Geriatrics Society núm. 5, 2020-Tarazona-Santabalbina, F. J., Martínez- Velilla, N., Vidán, M. T., y García-Navarro, J. A.: «COVID-19, adulto mayor y edadismo: errores que nunca han de volver a ocurrir», *Revista Española De Geriatría Y Gerontología* núm. 4, 2020.

Trabucchi, M., y De Leo, D.: «Nursing homes or besieged castles: COVID-19 in northern Italy», *The Lancet Psychiatry* núm. 5, 2020.

Verdugo Alonso, M. Á., Gómez Sánchez, L. E., y Arias Martínez, B.: «Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La escala FUMAT», Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (Salamanca, España) SN, 2009.

nº Extraordinario 4
ISSN: 2386-7191 – ISSNe: 2387-0370

La intervención en crisis para los enfermos agudos y crónicos ante determinadas enfermedades y su cuidado. El apoyo a los grupos de ayuda formados por personas con diagnósticos médicos específicos (diabetes, insuficiencia renal, avc u otros [1]

Crisis intervention for acute and chronic patients in the face of certain diseases and their care. Support for support groups made up of people with specific medical diagnoses (diabetes, kidney failure, avc or others)

José Manuel Jiménez Rodríguez *Profesor de la Universidad de Huelva*

Resumen

La cronicidad o enfermedad crónica se refiere a situaciones clínico-asistenciales donde el paciente padece una o varias patologías complejas (comorbilidad) de larga evolución. Estas situaciones son, en parte, resultado del envejecimiento poblacional y de los avances de la medicina, la biología, la farmacología, etc., que se traduce en un aumento de la esperanza de vida de la población. Las administraciones autonómicas sanitarias promueven el desarrollo de planes estratégicos de acción y procedimientos estandarizados que permiten abordar la cronicidad. La intervención en crisis para el paciente agudo y crónico cuenta con procedimientos de atención estandarizados que han de actuar bajo el amparo del modelo o paradigma de atención biopsicosocial, alejado del mero enfoque biologicista centrado en la hegemonía clínica. Actualmente existen procedimientos ante situaciones de crisis en urgencias y emergencias sanitarias, epidemias y pandemias, atención a la salud mental, catástrofes, etc., los cuales han de acogerse a unos mínimos estándares de calidad y dar respuesta adecuada a las situaciones críticas para los que fueron diseñados, como el Proyecto SÉNECA. Con el nacimiento de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia el modelo de atención sociosanitaria sufre una gran transformación, de forma que ciertos recursos dejan de permanecer dispersos y quedan agrupados en el catálogo de prestaciones de la ley, aunque se mantienen los cuidadores informales.

Palabras Clave

cronicidad; paciente crónico; paciente agudo; intervención; enfoque biopsicosocial; dependencia; procedimientos

Abstract

Chronicity or chronic disease refers to clinical-care situations where the patient has one or more complex pathologies (comorbidity) of long evolution. These situations are, in part, the result of population aging and advances in medicine, biology, pharmacology, etc., which results in an increase in the life expectancy of the population. Regional health administrations promote the development of strategic action plans and standardized procedures that allow to address chronicity. Crisis intervention for the acute and chronic patient has standardized care procedures that must act under the biopsychosocial care model or paradigm, far from the mere biologic approach focused on clinical hegemony. There are currently procedures in place for crisis situations in emergency and health emergencies, epidemics and pandemics, mental health care, catastrophes, etc., which must meet minimum quality standards and provide adequate response to the critical situations for which they were designed, such as the SENECA project. With the birth of Law 39/2006, of 14 December, on the promotion of personal autonomy and care for persons in situations of dependency, the model of social and health care is undergoing a great transformation, thus, certain resources no longer remain dispersed and are grouped in the catalog of benefits of the la , although informal carers are maintained.

Keywords

chronicity; chronic patient; acute patient; intervention; biopsychosocial approach; dependence; procedures

[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

1. APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE CRONICIDAD

Hablar hoy día sobre cronicidad o enfermedad crónica exige dirigir la mirada hacia determinadas situaciones clínico-asistenciales donde el paciente padece una o varias patologías complejas (comorbilidad) de larga evolución. Estas situaciones son, en parte, resultado del envejecimiento poblacional; consecuencia de los avances de la medicina, la biología, la farmacología, etc., cuyo resultado se traduce en un aumento de la esperanza de vida de la población.

El término cronicidad se asocia a la condición de crónico (Real Academia Española [RAE], 2021). Esta última locución deriva del latín *"chronĭcus"* para referirse a la expresión *"la forma"*. Su construcción femenina "crónica", del latín *"chronĭca"*, hace mención de la expresión *"que siguen el orden del tiempo"* (RAE, 2021). Así, la Real Academia Española habla de crónico/ca en términos de: enfermedad larga, dolencia habitual, que viene de tiempo atrás, etc. (RAE, 2021). De ahí que cuando se habla de enfermedad crónica se hace referencia a una patología de largo proceso y tratamiento prolongando en el tiempo.

La Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) define las enfermedades no trasmisibles o crónicas como *"aquellas afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta"*. Por su nivel de relevancia destacan aquellas de tipo cardiovascular, respiratorio, canceroso y endocrino (diabetes) (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

Las enfermedades no transmisibles o crónicas se relacionan de manera intrínseca con el envejecimiento, pero los cambios en los estilos de vida de la población mundial (la mala alimentación, la obesidad, el sedentarismo, el consumo de sustancias tóxicas, etc.) han precipitado el porcentaje de personas de mediana edad con patología crónica. Si bien es cierto, tal y como establece la OMS en el Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud (2015):

> […] el envejecimiento está asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares. Con el tiempo, estos daños reducen gradualmente las reservas fisiológicas, aumentan el riesgo de muchas enfermedades y disminuyen en general la capacidad del individuo. A la larga, sobreviene la muerte (p. 27).

Con independencia del envejecimiento saludable y su capacidad física y cognitivas, el curso del ciclo vital es acompañado de cambios (perdidas). Y aunque no exista linealidad ni uniformidad en los cambios acontecidos en el proceso del envejecimiento, sí se produce una directa correlación con la enfermedad no transmisible o crónica.

Finalmente, se habla de enfermedades agudas para referirse a aquellas patologías que debutan repentinamente o súbita y se desarrolla de manera rápida. Estás pueden ser de carácter leve (gripe o resfriado común, bronquitis, gastroenteritis, etc.), pero también existen de mayor gravedad que pueden ocasionar la muerte (infarto agudo de miocardio, meningococemia, etc.) (Murube, Muñoz y Arruga, 2007). Estas últimas, tras su abordaje y estabilidad, pueden hacer que el paciente pase a formar parte del grupo de los enfermos crónicos, quedando sometido a tratamiento continuado en el tiempo.

2. LA ENFERMEDAD AGUDA Y CRÓNICA: ESTADO DE LA CUESTIÓN

España, al igual que otros países de la Unión Europea y extracomunitarios, ha experimentado un envejecimiento poblacional sin precedentes. Los avancen de la medicina, la farmacología, la biotecnología, etc., provocan un aumento en la esperanza de vida. Esto, sumado al exiguo índice de natalidad, ocasiona la inversión de la pirámide poblacional española. Tal aumento en la esperanza de vida no es garante de salud óptima, pues a este fenómeno se suma un incremente en el número de personas con algún tipo de dolencia o enfermedad; es decir, enfermos agudos y/o crónicos.

La enfermedad aguda es aquella cuya sintomatología emerge, permuta y degenera con celeridad. Suele ser severa y repentina en un primer momento. Su comienzo presenta un carácter súbito y evoluciona rápidamente. De igual modo, suele ser diagnosticada con facilidad. En esta categoría se pueden incluir las fracturas de huesos, la bronquitis aguda, la apendicitis, el infarto agudo de miocardio, las crisis de asma, entre otras (Universidad Internacional de Valencia, 2018; Vorvick y Zieve, 2020). Por su parte, la enfermedad no transmisible o crónica integra al grupo de patologías con cuadro clínico complejo de evolución prolongada en el tiempo. Según la Organización Panamericana de la Salud, la enfermedad no transmisible o crónica engloba al conjunto de patologías no causadas por una infección aguda con consecuencias para la salud a largo plazo y cuidados en el tiempo (Organización Panamericana de la Salud, 2021). Entre ellas destacan patologías de tipo neoplásico (tumores-cáncer), respiratorio, cardiovascular, endocrino (diabetes), inmunodepresor (VIH, hepatitis), etc. Dentro de las patologías respiratorias se encuentra la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (en adelante EPOC).

Según la OMS, en el año 2008 el número de fallecidos a nivel mundial por enfermedad crónica asciende a 36 millones (OMS, 2021). Centrada la atención en las neoplasias malignas (cáncer) y su magnitud, cabe señalar que en el año 2020 el número de personas que fallecen por dicha enfermedad se eleva a casi 10 millones. Encabezan la lista los cánceres pulmonares (1,8 millones), seguidos de los cánceres de tipo colorrectal (935.000) y hepáticos (830.000 defunciones) (OMS, 2021). Es de suma importancia dar a conocer sus causas y los factores de riesgo, para lo que la prevención ha de ser clave. También la detección precoz y el tratamiento. Para hacer frente a esta situación, la Asamblea Mundial de Salud aprueba en el año 2017 la Resolución WHA70.12 sobre prevención y control del cáncer en el contexto de un enfoque integrado. Mediante esta resolución dicho organismo exige a la OMS y a los Estados miembros el desarrollo de estrategias específicas que permitan conseguir las metas establecidas en el Plan de Acción Mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020[2]. También lo establecido en la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible; en concreto, el objetivo número 3 (sobre salud y bienestar) (OMS, 2021). A través de este plan de acción se establece el documento *"Follow-up to the Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases"* o Seguimiento de la Declaración Política de la Reunión del alto nivel de la Asamblea General sobre prevención y control de enfermedades no transmisibles, el cual recoge las directrices a seguir (WHO, 2013; WHA, 2013).

Respecto de las EPOC, esta enfermedad se significa por la persistente limitación de flujo del aire en el organismo (OMS, 2021). A nivel mundial se cifra una estimación de fallecidos por esta causa en 3,17 millones para el año 2015. De aquí, más del 90% de los fallecimientos se producen en países con renta per cápita baja, afectando por igual a hombres y mujeres (OMS, 2021). Entre las principales causas de la EPOC se encuentra en tabaquismo.

Son factores de riesgo de la EPOC las infecciones de tipo respiratorio, la contaminación del aire o la exposición a productos químicos, entre otros (OMS, 2021). Es objeto de la OMS luchar frente a esta enfermedad crónica mediante acciones de control y prevención. Sus objetivos y esfuerzos se dirigen a: a) Incrementar la concienciación sobre la epidemia mundial de las enfermedades crónicas; b) Disminuir los factores de riesgo afines a estas; c) Establecer ambientes más saludables; d) Evitar los fallecimientos prematuros, así como las discapacidades evitables vinculadas con las enfermedades crónicas (OMS, 2021).

Como respuesta a pandemia mundial producto del consumo de tabaco, la OMS pone en marcha durante el año 2003 el Convenio Marco para el Control del Tabaco. Dicho convenio recoge

[2] Anterior a este, se aprueba el Plan de acción 2008-2013 para la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles: prevenir y controlar las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes (OMS, 2009).

medidas relacionadas con la reducción de la demanda de tabaco, la reducción de la oferta de tabaco, la protección del medio ambiente, etc. (OMS, 2003). Convenio Marco para el Control del Tabaco se convierte en el primer tratado sanitario de carácter mundial, siendo ratificado por más de 180 países de todo el mundo. El mismo tiene por cometido proteger a la población mundial ante la exposición perjudicial al humo del tabaco. Asimismo, la OMS lidera la Alianza Mundial contra las Enfermedades Respiratorias Crónicas. Esta alianza centra su atención en aquellos países con menores ingresos y las poblaciones más vulnerables (OMS, 2021).

Con relación a las enfermedades de tipo inmunodepresor (VIH-SIDA), la OMS también establece directrices y recomendaciones materializadas en estrategias como lo son la guía Directrices consolidadas sobre prevención, pruebas, tratamiento, prestación de servicios y seguimiento del VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública, entre otras. Estas directrices son elaboradas desde el año 2016 y presentan recomendaciones clínicas, instrucciones y nuevos enfoques sobre pruebas, tratamientos, etc., de esta enfermedad (OMS, 2021).

Con independencia de la enfermedad crónica de la que se trate, todas las acciones, estrategias y recomendaciones de la OMS exigen un abordaje holístico e integral. También la asunción de competencias específicas, por parte de los distintos agentes sociales y administraciones de los estados, en materia económica, de gestión sanitaria, etc., para lo que la sensibilización de la sociedad es un valor a considerar.

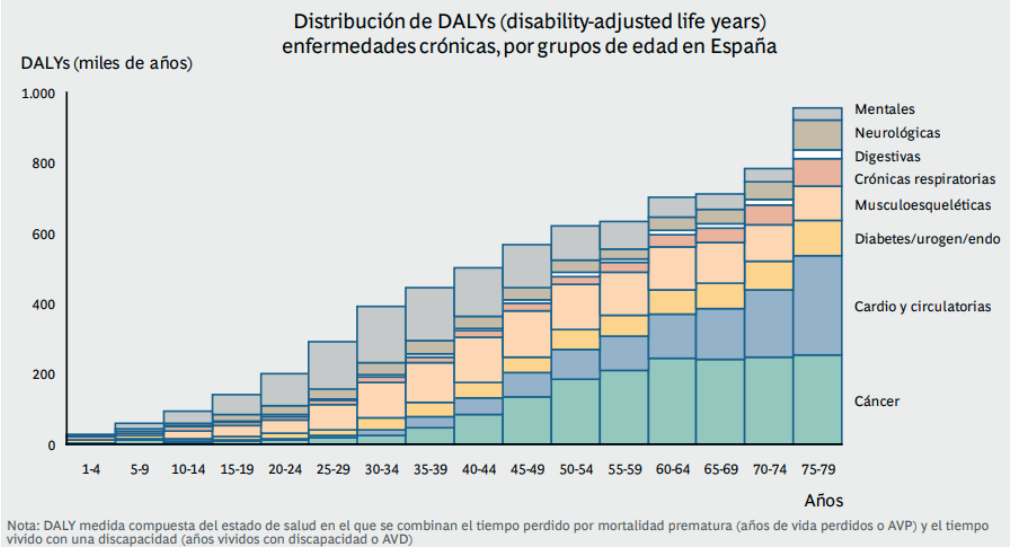
2.1. La enfermedad crónica en cifras: una aproximación a la situación de España y la Comunidad Autónoma de Andalucía

Actualmente es difícil determinar de un modo exacto el número de personas catalogadas como enfermas crónicas a nivel mundial. No obstante, para el caso de España, el estudio publicado por la *"Health Affairs"* determina que el 39,9% de los españoles con edad de 50 años en adelante conviven con dos o más enfermedades; cifra que se ve incrementada durante los años 2006 a 2015 en un punto porcentual (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, 2021).

El Informe Cronos establece que más de 19 millones de españoles presentan alguna enfermedad crónica[3]. De estas, casi 11 millones son mujeres. Según este informe, la prevalencia de las enfermedades crónicas se ubica en el rango de población de más de 55 años, viéndose aumentadas con la edad (The Boston Consulting Group, 2014). La figura que se presenta a continuación muestra la comorbilidad en España por grupos de edad (ver gráfico 1). Se puede apreciar como las enfermedades crónicas aumentan con la edad.

[3] Informe elaborado en el año 2014 por The Boston Consulting Group mediante el grupo de trabajo "CRONOS, atención integral al paciente crónico frágil" de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.

Gráfico 1. Enfermedad crónica en España según edad

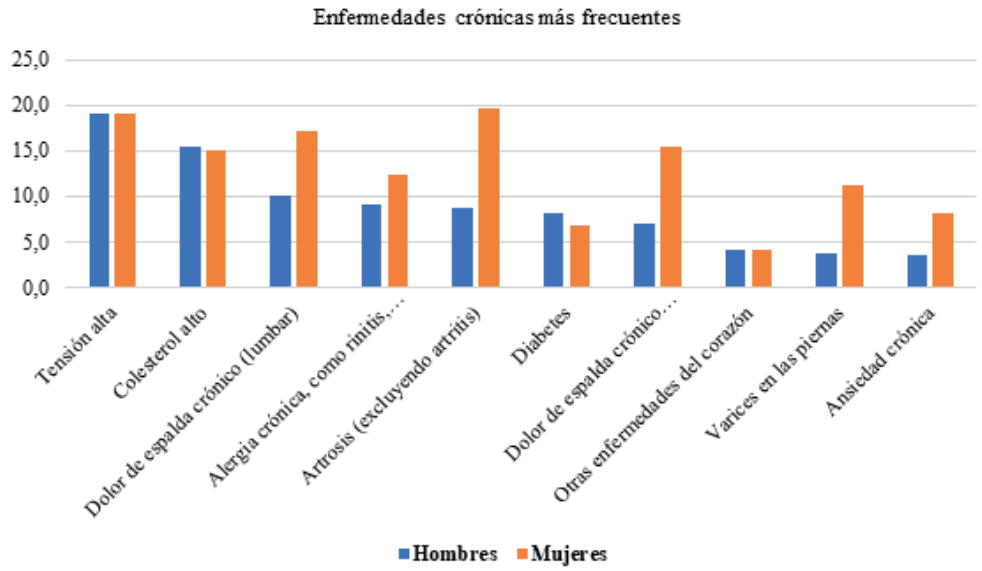


Fuente: The Boston Consulting Group, 2014.

Con independencia de los datos revelados en 2014 por The Boston Consulting Group, la Encuesta Europea de Salud de España determina que el 75,5% de la población de 15 años en adelante percibe su estado de salud como bueno o muy bueno; siendo esta valoración mayor entre los hombres (79,2% frente al 71,9%). Sin embargo, indicadores como la hipertensión, la hipercolesterolemia y la diabetes muestran valores ascendentes si se comparan las cifras entre los años 1993 a 2020 (Ministerio de Sanidad, 2020).

Según los datos del Instituto Nacional de Estadística (en adelante INE), las principales enfermedades crónicas en España para el año 2020 son la hipertensión, seguida del colesterol y el dolor crónico de espalada. Tales dolencias las sufren más del 27% de la población, porcentaje incrementado según la enfermedad en cuestión. El gráfico que se presenta a continuación muestra el porcentaje de las principales enfermedades crónicos o de larga evolución en España según el género (ver gráfico 2). Se puede apreciar como las mujeres encabezan el porcentaje en la mayoría de las enfermedades crónicas, a excepción del colesterol y la diabetes.

Gráfico 2. Principales enfermedades crónicas en España, 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de la página web del Instituto Nacional de Estadística [INE], 2020.

Si se atiende a el tipo de enfermedad crónica más frecuente por Comunidad Autónoma, Cataluña y Andalucía encabezan el primer y segundo lugar respectivamente. El gráfico que se presenta a continuación muestra la proporción de población con enfermedad crónica y el diagnóstico más frecuente mediante cifras absolutas (por mil) (ver gráfico 3). Se puede comprobar como la hipertensión y el colesterol son enfermedades crónica acuciantes; según las encuestas, ambas mantenidas en los primeros puestos desde hace tiempo (INE, 2021).

Por su parte, según la Encuesta Andaluza de Salud (y para el año 2007), en la Comunidad Autónoma de Andalucía un 45,6% de las personas de mayores de 16 años cuenta con al menos una enfermedad crónica; siendo afectadas en mayor medida las personas de 55 años en adelante, quienes, además, son catalogadas como enfermos pluripatológicos (OPIMEC, 2013). Asimismo, la Base de Datos Poblacional de Salud de Andalucía cifra en el año 2016 el número de enfermos pluripatológicos en un 4%. Esta proporción origina el consumo de hasta el 30% de los recursos sanitarios destinados a la atención primaria y la atención especializada de salud (hospitales) (Consejería de Salud, 2018). Si se atiende a la frecuentación, las enfermedades crónicas más usuales en la Comunidad Autónoma de Andalucía según lo indicado por el Servicio Andaluz de Salud (en adelante SAS) son: la dislipemia, seguida de la hipertensión, la artrosis y la diabetes; enfermedades que suelen requerir de seguimiento clínico-asistencial continuado en el tiempo y tratamiento

Gráfico 3. Población con enfermedad crónica según Comunidad Autónoma y diagnóstico asociado, 2003
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de la página web del INE, 2021.

farmacológico. El gráfico que se presenta a continuación muestra la prevalencia de las enfermedades crónicas más frecuentes en Andalucía en función al código de patologías y el género de la persona afectada (ver gráfico 4). Como se puede comprobar la dislipemia (colesterol) y la hipertensión son dos de las enfermedades crónicas más recurrentes en la Comunidad Autónoma de Andalucía; dato coincidente con los de otras comunidades autónomas.

Gráfico 4. Enfermedad crónica en la Comunidad Autónoma de Andalucía, 2020
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de la Base Poblacional de Salud de la página web de la Consejería de Salud y Familias, 2020.

Tal situación hace que las distintas administraciones autonómicas sanitarias promuevan el desarrollo de planes estratégicos de acción, así como de procedimientos estandarizados que permitan abordar la cronicidad a nivel español y en sus comunidades autónomas; todas bajos las recomendaciones de la OMS, la Organización de las Naciones Unidas (Agenda 2030 y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible) y la Unión Europea. Desde hace varios años, la Plataforma Cronicidad: Horizonte 2025 también elabora propuestas y recomendaciones para que sean estudiadas por el gobierno central. Dichas propuestas se dirigen a la revisión/mejora del modelo organizativo del sistema de salud y asignación de recursos, financiac ón, reforma del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud (en adelante SNS), etc. Cabe destacar la dirección coordinada de la asistencia sanitaria y social (SEMFYC, 2020). Con ello se refuerza la perspectiva multidisciplinar de dicha plataforma, pues en el abordaje a la cronicidad desde la atención primaria y especialidad de salud se contemplan las disciplinas: Medicina, Enfermería y Trabajo Social, entre otras.

3. ESTRATEGIAS PARA EL ABORDAJE DE LA CRONICIDAD EN ESPAÑA Y LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA

Para abordar la situación de cronicidad en España, el Ministerio de Sanidad desarrolla en el año 2012 la *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*; estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del SNS con fecha de 27 de junio. En esta estrategia nacional queda recogido el análisis de situación de la cronicidad (indicadores y determinantes en salud, marco de acción, etc.), así como sus primordiales objetivos y principios rectores. Entre sus objetivos destacan los relacionados con la disminución de la prevalencia de las condiciones de salud y la limitación de la cronicidad. También la reducción de la mortalidad prematura (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012). Los principios rectores de esta estrategia manifiestan de manera tácita que:

- Las personas, tanto en su esfera individual como social, son el centro del SNS.
- El abordaje de la cronicidad ha de tener un enfoque de salud poblacional.
- Consideración de la perspectiva del ciclo de vida y de los determinantes sociales de la salud.
- Consideración de todas las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico.
- Consideración de todas las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico.
- Continuidad asistencial.
- Los profesionales del SNS han de compartir con toda la ciudadanía la responsabilidad en los cuidados de salud y en la utilización adecuada de los servicios sanitarios y sociales (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012, pp. 37-39).

Sus líneas de acción se vinculan con la promoción de la salud y sus factores protectores, para lo que es primordial el desarrollo de estrategias que garanticen la creación de entornos saludables que refuercen a la comunidad y faciliten la participación social, etc. También con la prevención de las condiciones de salud y la limitación en la actividad de carácter crónico, para lo que es necesario la monitorización de los factores de riesgo que indicen sobre la salud y el desarrollo de acciones que promuevan la salud. Otras líneas de acción de esta estrategia se centran en la continuidad asistencial, la reorganización de la atención sanitaria y la investigación e innovación. En conjunto, las distintas líneas de acción de esta estrategia engloban 20 objetivos y 101 recomendación (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

El cometido de esta estrategia estriba en el reforzamiento de los equipos de atención primaria de salud y la reorganización de la atención prestada, para lo que la implicación del enfermo en su propio proceso de salud-enfermedad y cuidado es fundamental; esto bajo el apoyo de los profesionales de la salud (tanto sanitarios como no sanitarios) y el autocuidado. Y donde se priorice la atención desde el sistema sanitario y en domicilio con el fin de humanizar el cuidado. Este abordaje multidisciplinar o multiprofesional acoge, además de la dimensión sanitaria, a la dimensión social de la intervención. Esto implica considerar el apoyo y soporte social de enfermo y a la persona que cuida, a fin de evitar la sobrecarga del cuidado. Es aquí donde la labor de los profesionales del Trabajo Social Sanitario se hace crucial. Las funciones de diagnóstico y tratamiento social de los trabajadores sociales sanitarios complementan la atención sociosanitaria del enfermo y sus necesidades. Esta dimensión sociosanitaria dota de integralidad a la planifica ión y la hace de la atención se hecho individualizado (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012; Jiménez y Munuera, 2021).

Para la valoración y el seguimiento de esta estrategia de acción, el Ministerio de Sanidad emite informes de evaluación para cotejar el nivel de cumplimiento de las distintas líneas prioritarias de actuación marcadas. El último de ellos publicado el año 2021.

Además de la citada estrategia nacional, cada Comunidad Autónoma elabora su propio plan integral o estrategia específica para el abordaje de la cronicidad dentro de su ámbito competencial. La figura que se presenta a continuación muestra el conjunto de estrategias diseñadas por las distintas consejerías y sistemas sanitarios de las diferentes comunidades autónomas de España (ver figura 1). Mediante planes, programas o estrategias, estas prestan atención y cobertura al enfermo crónico desde un enfoque sociosanitario.

Figura 1. Estrategias de acción para la atención de la cronicidad según Comunidad Autónoma

Comunidad Autónoma	Acciones
Andalucía	Plan andaluz de atención integrada a pacientes con enfermedades crónicas 2012-2016. Plan de renovación de la atención primaria: pacientes crónicos complejos.
Aragón	Programa de atención a enfermos crónicos dependientes.
Baleares	Programa de atención a pacientes con enfermedades crónicas del Servei de Salut de les Illes Balears.
Canarias	Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias.
Cantabria	Plan de atención a la cronicidad de Cantabria 2015-2019.
Castilla La Mancha	Plan director de atención a la cronicidad en un modelo de integración asistencial 2014-2017.
Castilla y León	Estrategia de atención al paciente crónico en Castilla y León.
Cataluña	Programa de prevenció i atenció a la cronicitat.
Comunidad de Madrid	Estrategia de atención a pacientes crónicos en la Comunidad de Madrid.
Comunidad Foral de Navarra	Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos.
Comunidad Valenciana	Plan integral de atención sanitaria a las personas mayores y a los enfermos crónicos en la Comunitat Valenciana 2007-2011.
Extremadura	Plan de salud de Extremadura 2013-2020.
Galicia	Plan de atención al paciente crónico y pluripatológico de Galicia.
La Rioja	Estrategia de atención al paciente crónico de la Rioja.
Murcia	Estrategia para la atención a la cronicidad 2013-2015.
País Vasco	Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi.
Principado de Asturias	Estrategia de atención a la población con enfermedad crónica.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas, 2019.

Centrada la atención en la Comunidad Autónoma de Andalucía, el Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas 2012-2016 se convierte en una estrategia complementaria a diferentes planes y estrategias de salud ya existentes en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Este plan pone de manifiesto la importancia de que tiene la prevención y la promoción de la salud, donde el enfermo adquiere protagonismo por medio de la corresponsabilidad. Desde un enfoque globalizador, el Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas 2012-2016 trata de constituir los servicios existentes a la atención sociosanitaria al enfermo crónico, para así subsanar los problemas y carencias que adolecen en el sistema. El mismo estima que la responsabilidad y solidaridad son valores a propugnar, donde la autonomía el enfermo y el autocuidado adquieren firmeza. Y con ello, la efectividad de su empoderamiento (Consejería de Salud, 2012).

El Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas 2012-2016 recoge entre sus principales objetivos, coincidentes con la estrategia nacional, mejorar la calidad de vida de los enfermos crónicos y disminuir la mortalidad prematura de estos. También favorecer la responsabilidad y la solidaridad social y renovar la organización asistencial, entre otros. Asimismo, sus líneas de acción se relacionan con la prevención y promoción de salud, la autonomía y corresponsabilidad del paciente, los modelos de atención integral e integrada, la gestión poblacional, la orientación de resultados y la gestión del conocimiento; líneas que se asocian a 5 escenarios concretos: la comunidad, el paciente, los profesionales, las tecnologías de la información y la comunicación (en adelante TIC) y el espacio compartido (Consejería de Salud, 2012, p. 84). De estas líneas de acción y escenarios, el Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas 2012-2016 identifica diversas áreas de mejoras, las cuales quedan adheridas en 7 proyectos de actuación prioritaria. Dicho plan los expresa tácitamente como:

> 1) Asegurar el liderazgo de la atención primaria en la atención de los pacientes con enfermedades crónicas reforzando el protagonismo del equipo médico-enfermero de atención familiar y comunitaria. 2) Consolidar el modelo de atención compartida entre atención primaria y hospitalaria. 3) Desarrollar un modelo de integración sociosanitaria para responder a las necesidades de cuidados de las personas con problemas crónicos de salud. 4) Desarrollar el plan en el marco de la gestión clínica. 5) Evaluar las intervenciones y resultados en salud. 6) Afrontar los determinantes de la enfermedad crónica. 7) Promocionar el uso adecuado del medicamento (Consejería de Salud, 2012, p. 86).

Finalmente, cabe decir que los objetivos y líneas de acción del Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas 2012-2016 se convierten en un reto para la mejora de los resultados de salud de la población andaluza. Para ello, la Consejería de Salud y, por defecto, el SAS han de desarrollar herramientas tendentes a favorecer la accesibilidad a los servicios sociosanitarios y garantizar la continuidad asistencial. Además de establecer mecanismos susceptibles de dar respuesta a las necesidades que vayan emergiendo en la ciudadanía, donde la coordinación entre servicios sociosanitarios y profesionales y la alianza entre estos sean fundamentos de factibilidad (Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas, 2019). Ambas entidades públicas han de favorecer la promoción y educación en salud de la ciudadanía por tratarse de factores que permiten cambiar estilos de vida nocivos para la salud. Para ello articulan mecanismos como la Estrategia de Promoción de la Vida Saludable en Andalucía, donde se hallan implicados el Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía y el Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada, entre otros planes y programas (Consejería de Salud y Familia, 2021).

4. EL CUIDADO EN EL ENFERMO AGUDO Y CRÓNICO

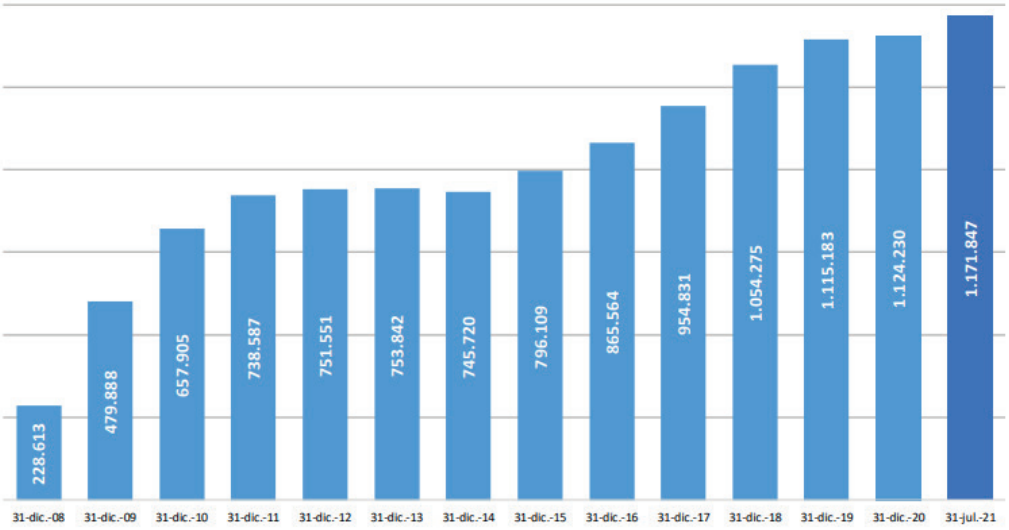
Hablar del cuidado del enfermo agudo o crónico exige hablar del tipo de cuidado a prestar. El cuidado al enfermo agudo es aquel que se presta de manera transitoria en el tiempo de forma

limitada. Por su parte, el enfermo crónico puede requerir cuidados prolongados en el tiempo. Esto va a depender de la complejidad de la enfermedad: tipología, estadio, etc., y la capacidad y nivel de autonomía del enfermo. Estos apoyos o cuidados pueden ser de tipo formal o informar. Se entiendo por cuidado formal a aquel que se presta de mano de los profesionales de las instituciones públicas o privada, por ejemplo, el servicio de ayuda a domicilio. Este tipo de cuidado requiere cualificación profesional, aunque debido al sistema de prestaciones sociales con el que España cuenta actualmente, este apoyo lo puede prestar un familiar (Rodríguez, 2005). Para Jesús Rogero el cuidado informar en aquel *"cuidado y atención fundamentalmente por familiares y allegados, pero también por otros agentes de atención que se dispensa de manera altruista a las personas que presentan algún grado de discapacidad o dependencia"* (Rogero, 2010, p. 37). Este tipo de cuidado puede ser de carácter instrumental, emocional o informativo, traducido en ayuda para la realización de tareas, consejos o soporte emocional (Rodríguez, 2005). Tal y como establece la OMS, los cuidados prolongados o de larga duración pueden ser proporcionados en el domicilio del enfermo, en determinadas ocasiones por cuidadores informales: familiares, vecinos o amigos (OMS, 2015).

Según la última Encuesta Nacional de Salud, para el año 2017 el porcentaje de personas mayores que presenta dificultad para alguna actividad de cuidado (por ejemplo: vestirse, ducharse, sentarse-levantarse, alimentarse, etc.) representa el 19,6%; dato que equivale a 2 personas mayores de cada 10. Siguiendo con dicha encuesta, y centrada la atención en los cuidados informales, el 11,2% de los 29.195 encuestados declara prestar cuidados informales al menos una vez por semana. Asimismo, el 27,1% de las personas cuidadoras informales manifiesta dedicar 20 horas o más al cuidado de otras personas (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018).

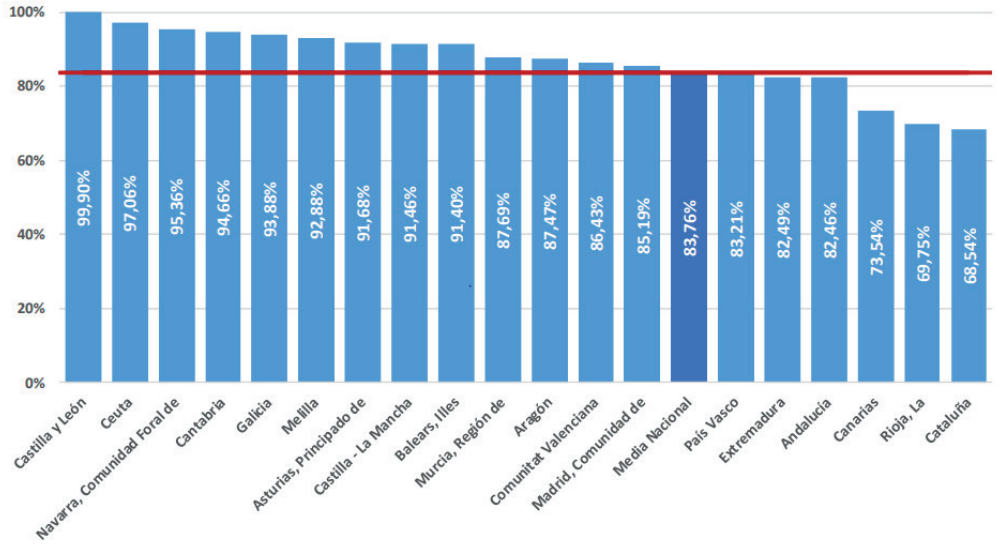
Determinados enfermos crónicos suelen tener asociada cierta dependencia funcional y/o emocional. Un claro ejemplo de ello son el perfil de enfermos con parálisis cerebral, esclerosis lateral amiotrófica, parkinson, demencia, etc.; para lo cual la edad no siempre es determinante. El Instituto de Mayores y Servicios Sociales (en adelante IMSERSO) cifra el número de personas con dependencia reconocida y que se benefician de prestación en 1.171.847 millones. De estos, el 71,9% tiene una edad de 65 años en adelante (Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO], 2021). El gráfico que se presenta a continuación muestra la distribución de personas beneficiarias de alguna prestación de la contempladas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (ver gráfico 5). En este queda recogido el número de personas que perciben ayuda desde la fecha en que se pone en marcha la citada normativa. No obstante, el número total de personas con dependencia es mayor, pues además de la cifra de beneficiarios, el número de personas con derecho a prestación equivale a 1.399.046 millones. Como se puede comprobar, solo 83,7% de personas con el reconocimiento de dependencia se lucra de prestación; siendo los ciudadanos de la Comunidad Autónoma de Cataluña, La Rioja y Canarias los más perjudicados (ver gráfico 6)

Gráfico 5. Progresión de las personas con dependencia reconocida y beneficiarias de prestación según la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia



Fuente: IMSERSO, 2021.

Gráfico 6. Progresión de las personas con dependencia reconocida y beneficiarias de prestación versus a personas con derecho



Fuente: IMSERSO, 2021.

Todas estas personas suelen presentan enfermedad crónica y dificultad para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (en adelante ABVD), y durante años requieren de una tercera persona para el desarrollo de las mismas. Esto, unido a la dilación en la concesión de prestaciones, obliga a los poderes públicos y administraciones del Estado a aumentar la dotación presupuestaria a

fin de reducir plazos, discrepancias entre las comunidades autónomas, etc. Y con ello garantizar un correcto sistema de servicios y prestaciones.

4.1. La intervención en crisis para el enfermo agudo y crónico

La intervención en situaciones de crisis exige de actuación inmediata. Esto ocurre cuando la circunstancia que se presenta requiere ser atendida de manera urgente o pronta; es decir, cuando se precisa focalizar la atención hacia la sintomatología aguda lo antes posible. De este modo pueden verse reducidos los daños en la persona afectada y reestablecido su equilibrio (Zalaquett y Muñoz, 2017). Con carácter general, este tipo de intervención se relaciona con estadios agudos sobrevenidos.

Crisis es el término que se utiliza para definir al *"episodio de inicio y final paroxístico que se puede acompañar de convulsión u otra sintomatología debido a una descarga eléctrica anormal del sistema nervioso central"* (Clínica Universidad de Navarra, 2020). La ágil intervención en situación de crisis puede prevenir la cronicidad, hecho que reduce el impacto en la salud de la persona doliente y sus consecuencias (Bellak y Small, 1980). Por su parte, la intervención en crisis para pacientes crónicos tiene como fin restringir la reagudización y agravación de la enfermedad

Autores como Erik Erikson consideran que existen diferentes tipos de crisis. Este autor clasifica la crisis en varias tipologías. Estas serían la crisis de desarrollo y la crisis circunstancial. La primera se relaciona con las etapas evolutivas de la persona y engloba la crisis de nacimiento, pubertad y adolescencia, hasta llevar a la crisis de la tercera edad. La segunda se relaciona con circunstancias inesperada y engloba situaciones como la separación, la enfermedad, la muerte, etc. (Erikson, 2000).

La sintomatología ante una situación de crisis es heterogénea y va a depender de las características y personalidad del enfermo en sí. Entre los síntomas más comunes que se pueden experimentar se encuentran: los sentimientos de ansiedad, confusión, desamparo, cansancio y agotamiento, desorganización funcional, entre otros (Halpern, Canale, Grant y Bellamy, 1979). De ahí que la atención al enfermo agudo o crónico requiera un abordaje holístico e integral.

La intervención en crisis para el paciente agudo y crónico cuenta con diversos arquetipos. Estos quedan sujetos a procedimientos de atención estandarizados afines al tipo de crisis en cuestión. Y dado a que trata de un ámbito sociosanitario, han de actuar bajo el amparo del modelo o paradigma de atención biopsicosocial. Modelo postulado por Engel, este contempla los aspectos psicológicos y sociales del proceso de salud-enfermedad, además de los biológicos. Así, la atención al enfermo queda alejada del mero enfoque biologicista centrado en la hegemonía clínica (Borrell, 2002).

Los procesos o procedimientos de atención en situaciones de crisis se convierten en una guía de buena práctica sociosanitaria y se fundamentan en la evidencia científica. Estos fundan unidad y concordancia en la práctica profesional y rigen la labor diaria. En ellos se suele plasmar la definición, características, tipologías, indicadores, factores de riego, etc., de la patología o problemática sobre la que actuar según el caso.

Actualmente existen procedimientos ante situaciones de crisis en urgencias y emergencias sanitarias, epidemias y pandemias, atención a la salud mental, catástrofes, etc., los cuales han de acogerse a unos mínimos estándares de calidad. Y dar respuesta adecuada a las situaciones críticas para los que fueron diseñados. Un ejemplo claro de estándares de calidad es el Proyecto SÉNECA "Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS". Esta estrategia nacional diseña herramientas de evaluación que permiten medir la seguridad del enfermo hospitalizado, la fiabilidad y eficacia de modelos de seguridad, etc., a través del diseño de indicadores que se han de analizar (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009; Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

Desde una óptica clínico-asistencial, y centrada la atención en la Comunidad Autónoma de Andalucía, la Consejería de Salud y Familia elabora Procesos Asistenciales Integrados (en adelante PAI) por patología. Según dicha consejería, los PAI son creados con un objetivo concreto:

> que la asistencia sanitaria incorporara la visión del paciente en el conjunto del equipo asistencial para la mejora de la continuidad asistencial. Asimismo, perseguían que la práctica clínica se desarrollara en base a la mejor evidencia científica disponible, y que los profesionales tuvieran una guía que les permitiera disminuir la variabilidad en la práctica clínica cada vez más compleja y especializada (Consejería de Salud y Familia, 2021).

Entre los PAI publicado por dicha entidad y de uso entre los profesionales del SAS se encuentran: el procedimiento para la atención a pacientes pluripatológicos, a la diabetes mellitus, a los cuidados paliativos, al dolor crónico no oncológico, a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, al cáncer (colorrectal, de mama, cérvix, piel, etc.), a la insuficiencia cardiaca, a la insuficiencia venosa crónica, al parkinson, a la demencia, etc.; cada uno de ellos con sus propias especificidades

Mediante la atención sociosanitaria basada en la gestión de procesos gana protagonismo la personalización de la atención o asistencia La persona participa activamente de su proceso de recuperación, la atención al enfermo se humaniza y se distribuyen mejor las competencias específicas de los profesionales implicados y los recursos asignados al enfermo; esta distribución de recursos se produce en igualdad de condiciones (Consejería de Salud, 2009).

Desde una óptica social, y centrada la atención en los profesionales del Trabajo Social Sanitario y su quehacer profesional, estos se adhieren de igual manera al paradigma biopsicosocial para la atención sociosanitaria del enfermo agudo o crónico. Acogidos a la definición de la OMS, los trabajadores sociales sanitarios abordan el aspecto social de la enfermedad y sus consecuencias; tanto desde un plano individual como familiar (Jiménez y Munuera, 2021). Este paradigma intervencionista puede ser combinado con otros tales como el modelo de intervención en crisis. Este último tiene por objeto la acción inmediata en situaciones críticas mediante la ayuda a la persona afectada y su familia. Dicha ayuda hace que estos puedan afrontar el suceso, quedando con ello minimizado el impacto que pueda generar la crisis. También es objeto de este modelo el fomento de habilidades y el crecimiento de los afectados por la situación crítica, lo que implica la movilización de los propios recursos para superar la crisis. Así el equilibrio puede quedar reestablecido (Viscarret, 2009). Para ello, los trabajadores sociales sanitarios también se apoyan de PAI y protocolos operativos estandarizado que sirven como guía para la intervención profesional. Para esto se amparan en la Unidad de Trabajo Social Sanitario y el equipo multidisciplinar (Jiménez y Munuera, 2021).

La intervención en crisis consta de diversas fases. Según Naomi Golan estas fases quedan definidas en tres: evaluación, implementación y terminación (Golan, 1978). Por su parte, el modelo LAPC (menos reduccionista) establece cuatro fases concretadas en: escuchar, evaluar, planificar y cometer. Asimismo, el modelo de seis pasos de intervención en crisis establece que las etapas por las que transita la acción en situaciones críticas son: definición del problema, garantía de la seguridad del cliente, proporción de ayuda, examen de alternativas, planificación y compromiso (MacDonald, 2018).

Autores como Lydia Rapoport identifican características afines al modelo de intervención en crisis. Estas características se relacionan con la método profesional directivo, la subjetividad del profesional, la celeridad para la toma de decisiones y la capacidad para asegurar las destrezas adquiridas tras la crisis (Rapoport, 1967).

Finalmente, tras el análisis teórico de las diversas aportaciones, es importante considerar desde el Trabajo Social Sanitario que la intervención en crisis exige una acción inmediata, focalizada sobre la situación crítica en sí, bien estructurada en el tiempo, reflexiva, analítica, empática, holística y complementada. Aquí, la formación y experiencia previa son factores a examinar.

5. APOYO SOCIOSANITARIO EN EL ENFERMO AGUDO Y CRÓNICO

El apoyo sociosanitario al enfermo agudo o crónico es un compromiso adquirido a nivel sociosanitario por recomendación de autoridades sanitarias internacionales como la OMS y las distintas administraciones del Estado. Con la reforma social española (seguros sociales, transición política, etc.) y la instauración del Estado bienestar el derecho de la ciudadanía se ve reforzado (Rodríguez, 1989). El sistema de protección social que se configura obliga al gobierno a desarrollar mecanismo de actuación que den cobertura a las personas en situación de necesidad, tenga esta necesidad una base sanitaria o social. Legislativamente se desarrolla un sistema de pensiones y prestaciones con intención de dar auxilio a la maternidad, incapacidad, etc. Este sistema permanece vigente, aunque con modificaciones de contenido. Garantiza ayuda sociosanitaria tanto a contribuyentes de la seguridad social como a los que se han quedado al margen de esta; ayuda que se traduce en servicios, recursos y prestaciones según la problemática de partida. Para ello, la persona debe cumplir ciertos requisitos de necesidad. En estos queda fundamentada su aprobación o denegación.

Desde un enfoque basado en la salud y el sistema sanitario, las administraciones públicas sanitarias desarrollan mecanismos garantes de la preservación de la salud óptima de la ciudadanía. Mediante estrategias de prevención, promoción y educación sanitaria, vigilancia y control sanitario, atención a la salud, etc., avalan una apropiada salud pública. Asimismo, articulan instrumentos para corregir los déficit producidos como consecuencia de los procesos de salud-enfermedad y la cronicidad: donde el enferme agudo o crónico se halla presente. Y donde el sistema de prestaciones debe dar respuesta a sus necesidades y exigencias, así como a las dificultade de las personas implicadas en su recuperación o cuidado.

5.1. Servicios, recursos y prestaciones para el abordaje del enfermo agudo y crónico

Para el abordaje del enfermo agudo y crónico la administración pública pone en marcha un conjunto de medidas de carácter sociosanitario regidas administrativamente. Entre estas medidas se encuentran servicios y recursos de tipo sanitario, así como social. Los servicios sanitarios se encuentran integrados en el circuito y arquitectura sanitaria del SNS y los sistemas autonómicos de salud. Entre estos destacan: los centros de salud, consultorios y hospitales. Y dentro de estos los servicios o unidades especializadas de atención al paciente crónico, unidades del dolor, de cuidados paliativos, entre otras. También la farmacología y el tratamiento individualizado, la escuela de pacientes, las guías para el manejo de este tipo de enfermos, las tecnologías de la información y la comunicación (proyecto CONNECARE), etc. (MSDsalud, 2021; Centro de Investigación Biomédica en Red, 2021). Existen iniciativas tanto públicas como privadas que tratan de dar respuesta a la infinidad de casuísticas acontecidas y que comprenden la cronicidad. Si bien es cierto, cada enfermo agudo o crónico presenta sus propias peculiaridades, de ahí que el abordaje y tratamiento a seguir deba ser individualizado; pues no todos los enfermos agudos o crónicos (frágiles o no) requieren la misma atención (Contel, Muntané y Camp, 2012).

Desde un punto de vista social, el sistema de recursos y prestaciones destinado al paciente agudo y crónico es variable. Su concesión depende del tipo de enfermedad, su gravedad y estadio. Tales recursos pueden ser de tipo residencial o prestados en domicilio, o ser otorgados mediante prestación económica. Entre los recursos y prestaciones de los que los que el enfermo agudo y crónico puede acogerse se encuentran: la prestación por incapacidad laboral permanente (en sus distintas modalidades) y otras prestaciones del Instituto Nacional de la Seguridad Social, el servicio de ayuda a domicilio, la teleasistencia (móvil o domiciliaria), el centro de día o centro residencial, el centro ocupacional, el reconocimiento de la calificación de minusvalía (con sus consecuentes bonificaciones), etc.; algunos de ellos combinados de manera simultánea. La mayoría de estos recursos y prestaciones están acogidos a lo que establece la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, comúnmente conocida como ley

de dependencia, y su sistema para la autonomía y atención a la dependencia. Aquí la figura de los trabajadores sociales, tanto sanitarios como de servicios sociales comunitarios, adquieren un papel relevante. Tanto en la detención, valoración y diagnóstico.

Por otra parte, existen asociaciones y redes de apoyo a enfermos crónicos y sus familias. Entre ellas destaca la Asociación Española de Enfermos y Enfermas con Enfermedades Crónicas y otras organizaciones específic s según la enfermedad crónica de la que se trate (EsCrônicos, 2021). Constituidas en su mayoría por personas afectadas de alguna enfermedad crónica, prestan una importante labor de concienciación, asesoramiento, apoyo y ayuda mutua, etc.; desarrollando con ello una importante labor a nivel grupal y comunitario. Tal y como establece la plataforma "somospacientes", actualmente en España existen un total de 1924 asociaciones distribuidas por todo el territorio según el tipo de enfermedad. De este mapa de asociaciones 286 se encuentran en la Comunidad Autónoma de Andalucía (Somospacientes, 2021); comunidad de entidades que obran en aras del beneficio de los distintos colectivos de enfermos

5.2. La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia

La concesión de prestación o ayuda al enfermo agudo o crónico exige la necesidad de una valoración sociosanitaria previa. Dicha valoración permite determinar con exactitud el grado de dependencia en el que se encuentra el enfermo. Para ello, el Estado español ha promovido los mecanismos necesarios que permitan conocer la situación de enfermo y las circunstancias que rodean la enfermedad; hecho que puede provocar limitaciones para el ejercicio de las ABVD.

Con el nacimiento de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia el modelo de atención sociosanitaria sufre una gran transformación. Tras la aprobación y puesta en marcha de dicha normativa ciertos recursos dejan de permanecer dispersos y quedan agrupados en el catálogo de prestaciones que la misma recoge en su cuerpo articular[4]. La valoración previa del enfermo se unifica, y cualquier persona susceptible de solicitar ser valorada queda acogida a unos mismos criterios. Para ello, esta normativa contempla instrumentos de valoración de la dependencia (escala) cuyo baremo (común para todos) determina el grado de dependencia del enfermo en sí; o sea, su estado funcional y cognitivo. Cabe decir que tal normativa sufre numerosas modificaciones, y el presupuesto destinado a la misma no permite que se desarrolle con normalidad. Los déficits económicos asociados a la conocida como ley de dependencia ocasionan limitaciones en su ejercicio y suscitan retrasos en la puesta en marcha de sus prestaciones, entre otros asuntos; aun cuando han sido aprobadas a nivel administrativo. Tal circunstancia deja desprotegido al enfermo y sus cuidadores, llegando aquel a haber fallecido sin percibir la ayuda concedida (Defensor del Pueblo Andaluz, 2017).

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia establece un procedimiento específico para el reconocimiento de la situación de dependencia concretizado en diversas etapas. Estas van desde el inicio de la dependencia a la resolución definitiva de la prestación. Dicho procedimiento es largo y dilatado en el tiempo, lo que hace que el enfermo deba esperar varios años hasta poder hacer uso de la prestación otorgada. A este se suman profesionales de la salud y de servicios sociales. Unos han de valorar las condiciones de salud del solicitante y emitir su pertinente informe, los otros han de diseñar el Plan

[4] Con anterioridad a la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia cada Comunidad Autónoma y provincia tenía competencias propias para la valoración y concesión de prestaciones al enfermo en situación de necesidad o dependencia. Desarrollaban instrumentos específicos de valoración, lo que generaba discrepancias e irregularidades por la inexistía de un instrumento unívoco.

Individual de Atención (en adelante PIA)[5]. Asimismo, en el trascurso de la emisión del informe de condiciones de salud y hasta que se realiza el PIA, el enfermo debe ser valorado por un técnico (valorador). Haciendo uso de la escala de valoración social de la dependencia, este técnico determina el tipo de impedimentos que el enfermo presenta para el desarrollo de las ABVD. El baremo aplicado contempla la valoración de tareas como: el comer y beber, el aseo e higiene personal, el vestirse, el desplazamiento fuera y dentro del hogar, el mantenimiento del hogar, la toma de decisiones, etc. En definitiva, determina si el enfermo cuenta o no con capacidad y autonomía para la ejecución de estas[6]. La figura que se presenta a continuación muestra el procedimiento que se sigue para la valoración de solicitante de la ley de dependencia (ver figura 2). En esta queda delimitado el circuito según sus distintas fases.

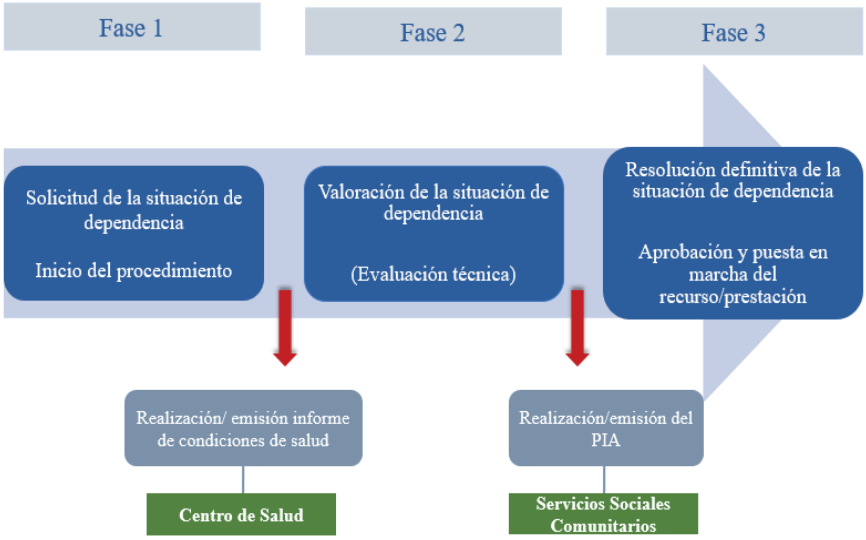
La escala de valoración social de la dependencia arroja una puntuación final que describe el grado de dependencia del enfermo; aunque no siempre los valores emitidos por el citado baremo identifican como dependiente al enfermo

Respecto de los distintos grados de dependencia, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia contempla tres grados. En su Título I, Capítulo III (sobre la dependencia y su valoración), articulo 26, se establece tácitamente:

La situación de dependencia se clasificará en los siguientes grados

a) Grado I. Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.

Figura 2. Secuencia del procedimiento para la valoración de la situación de dependencia



Fuente: Elaboración propia, 2021.

[5] El PIA contempla la modalidad de prestación a la que el enferme se acoge en función de su situación sociosanitaria y necesidades. Este podrá ser revisado de oficio o a instancia de parte

[6] El baremo para la valoración del grado de dependencia presenta especificid des para los casos de enfermos menores (de 0 a 3 años). Algunas tareas a valorar toman como referencia criterios de aplicabilidad que van desde el nacimiento hasta los 36 meses (Real Decreto Nº 174, 2011).

b) Grado II. Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

c) Grado III. Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal (Ley Nº 39, 2006).

Por su parte, esta normativa establece en su Título I, Capítulo II (sobre las prestaciones y catálogo de servicios de atención del sistema para la autonomía y atención a la dependencia), artículo 15, el catálogo de servicios o prestaciones a los que el enfermo puede acogerse. En dicho catálogo se encuentran[7]:

a) Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal.

b) Servicio de teleasistencia.

c) Servicio de ayuda a domicilio: atención de las necesidades del hogar; cuidados personales.

d) Servicio de centro de día y de noche: centro de día para mayores; centro de día para menores de 65 años; centro de día de atención especializada; centro de noche.

e) Servicio de atención residencial: residencia de personas mayores en situación de dependencia; centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad (Ley Nº 39, 2006).

Esta normativa también incluye prestaciones económicas para el enfermo o la persona que cuida. Estas pueden ser vinculadas al servicio que se presta, para los cuidados en el entorno familiar y el apoyo a los cuidadores no profesionales o para la asistencia personal (arts. 17 al 19 de la ley).

Finalmente, cabe decir que la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia pretende velar por el interés del enfermo crónico (se halle o no en situación paliativa), así como de otro perfil de enfermos. Asimismo, trata de refrendar el carácter público de las prestaciones del sistema de atención a la dependencia. Esta normativa, basada en el principio de universalidad en el acceso y de transversalidad de las políticas, intenta garantizar una atención personalizada e integral. Y apuesta por la permanencia del enfermo crónico en el entorno en el que vive y se desarrolla, donde su participación y autonomía sean reales y efectivas. Aquí, la calidad, accesibilidad y sostenibilidad de los servicios y prestaciones se convierten en valores a legitimas (Ley Nº 39, 2006).

6. EL APOYO INFORMAL EN EL ENFERMO AGUDO O CRÓNICO

En el ámbito de la salud la cronicidad hace que aumente el índice de enfermos necesitados de cuidados o apoyo. Con el aumento de la esperanza de vida el perfil de enfermos agudos o crónicos se incrementa y se hace más visible en la sociedad. Esto exige invertir más dedicación y tiempo en el cuidado o apoyo, pues la cronicidad lleva consigo aparejada disfuncionalidad. También hacer una mayor inversión económica para poder garantizar la protección de estos enfermos.

[7] Algunos de los recursos contemplados en el catálogo de servicios y prestaciones de esta normativa son incompatibles entre ellos. Por tanto, la asignación de algunos excluye al resto.

El apoyo informar es aquel tipo de ayuda no profesionalizada prestado en entorno más inmediato del enfermo y previsto por la pareja, los hijos, sobrinos, amigos, etc. Según los datos del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 en España el número de cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia se eleva a un total de 64.887. De estos 57.611 son mujeres, lo que representa el 88,8% del total; teniendo el 38,2% una edad de menos de 50 años (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2021). No obstante, se estima que este número sea aún mayor, pues esta estadística solo recoge a aquellos cuidadores no profesionales (acogidos al convenio especial) cuyo enfermo al que presta su apoyo tiene el reconocimiento de dependencia y concedida una prestación. Dicho grupo lo encabezan aquellos cuidadores informales, en su mayoría mujeres, que se hacen cargo de un familiar o amigo con enfermedad crónica y que no perciben remuneración alguna por parte de la administración pública (Martínez, 2003). Este perfil concreto de cuidadores informales queda al margen de los beneficios que ofrece el sistema de prestaciones contemplado en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Y dado a que en España el número de personas solicitantes de dependencia se eleva a 1.874.819, y que 1.171.847 se benefician de alguna prestación, el resto recibe ayuda en el domicilio por un cuidador informales quien carece de contraprestación por su labor/servicio (IMSERSO, 2021). La tabla que se presenta a continuación muestra la proporción de cuidadores no profesionales con prestación según la Comunidad Autónoma de referencia. Como se puede comprobar, la Comunidad Valenciana encabeza el número de cuidadores no profesionales pese a contar con menos provincias y población que otras comunidades autónomas (ver tabla 1).

La crisis económica provoca un aumento en el número de cuidadores no profesionales. El aumento de enfermos crónicos dependientes, junto con las elevadas tasas de desempleo consecuencia de los déficit del mercado laboral, hacen que estos cuidadores se acojan a las prestaciones económica (modalidad: ayuda para el cuidador) incluidas en la citada Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Por su parte, también se dan casos donde el cuidador no profesional se ve obligado a abandonar su puesto de trabajo para hacerse cargo del enfermo crónico dependiente. Sea como fuere, tal medida supone perdidas en el poder adquisitivo de los cuidadores no profesionales y cierta dependencia económica y precariedad en el sistema de cotización a la seguridad social.

El apoyo informal de larga duración genera con el tiempo, en los cuidadores, sentimientos de resignación, cansancio, estrés, etc., así como trastornos relacionados con el sueño y dolores musculares, entre otros. Tal circunstancia se agudiza cuando el enfermo crónico dependiente se halla en situación de postrimería; hecho que favorece la sobrecarga del cuidador y el riesgo de padecer Síndrome de Burnout (Rogero, 2010).

Tabla 1. Proporción de cuidadores no profesionales acogidos al convenio especial del Instituto Nacional de la Seguridad Social

Comunidad Autónoma	Cuidadores no profesionales
Andalucía	9.660
Aragón	1.752
Baleares	948
Canarias	1.208
Cantabria	1.748
Castilla La Mancha	2.295
Castilla y León	4.015
Cataluña	5.808
Comunidad de Madrid	4.780
Comunidad Foral de Navarra	1.378
Comunidad Valenciana	12.858
Extremadura	922
Galicia	4.023
La Rioja	270
Murcia	3.634
País Vasco	7.333
Principado de Asturias	1.971
* La tabla no recoge las ciudades de Ceuta y Melilla, pero computan en el recuento de cuidadores no profesionales con 107 y 177 respectivamente.	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 a fecha de 31 de julio de 2021.

Son características afines a los cuidadores de cuidados informales de la ga duración:

- El tiempo de dedicación para la atención al enfermo crónico dependiente.
- La inexistencia de un horario regulado (fijo) para la atención a dicho enfermo
- La carencia de formación especializada centrada en la atención al enfermo crónico dependiente.
- La insuficiencia de beneficios económico
- La sobrecarga por el cuidado o ayuda prestada (desgaste físico y emocional).
- La pérdida de las relaciones y contacto con el exterior más inmediato.
- El desplazamiento o cambio del domicilio habitual del cuidador, etc.

Estos cuidadores suelen confrontar sentimientos de ambivalencia durante el tiempo que dura el cuidado. Experimentar un sentir donde el deber hacer o responsabilidad para/con su familiar se hace patente, donde los lazos de consanguineidad y la tradición en el cuidado marcan las directrices de este y su trayectoria.

Los nuevos enfoques y estrategias de atención sociosanitaria (planes, procedimientos y guías) benefician el mantenimiento del enfermo crónico dependiente en su domicilio. Directrices garantes del apoyo a los cuidadores informales facilitan que el enfermo crónico dependiente pueda permanecer el mayor tiempo posible en su entorno habitual, e incluso que puede fallecer en el domicilio con los adecuados apoyos paliativos.

Finalmente, cabe decir que el cuidador informar se convierte en un recursos potente en la atención sociosanitaria. Pero los cuidados informales deben ser un apoyo complementario y los que la administración pública está obligada a prestar. A través de la formación y el buen manejo del enfermo crónico, los cuidados informales contribuyen al sistema de recursos de los que disponen las distintas administraciones, aunque no pueden ser una prestación en sí misma. Estos cuidados, unidos al autocuidado como naturaleza y cualidad a fomentar en el enfermo crónico, evitan el desarraigo domiciliario, familiar y vecinal. Para ello, la atención domiciliaria por parte de los profesionales de la salud y de los servicios sociales ha de convertirse en un soporte importante para el apoyo y continuidad de los cuidados (De la Revilla y Espinosa, 2003). Aquí, tanto el enfermo crónico como el cuidador informal han de percibir y sentir como propio el apoyo de estos profesionales para así trabajar de manera coordinada y conjunta. Y donde el soporte de las TIC facilite esta labor.

Las TIC son un instrumento útil para la atención sociosanitaria del paciente crónico en situación de dependencia. Un ejemplo claro de estos instrumentos son la denominada telesalud, teleconsulta, telecuidados, teleservicios, entre otros. Se trata de medidas virtuales que evitan desplazamientos innecesarios y agilizan la atención directa, valoración, etc. Tal situación favorece la accesibilidad a los servicios y la inmediatez, quedando reducidos los tiempos de espera y garantizada la proximidad e integralidad de la atención que se presta a estos enfermos y sus cuidadores. Para ello se requiere de plataformas y recursos telefónicos e informáticos adecuados como web, app, tablet, etc. (Arriazu y Fernández, 2013). Lo que implica, para su uso, conocimiento previo y redes óptimas. Y exige que las administraciones sanitarias doten sus servicios de infraestructuras tecnológicas apropiadas, así como de profesionales cualificados que las pongan en marcha

BIBLIOGRAFÍA

Arriazu, R., y Fernández, J.L. (2013). Internet en el ámbito del trabajo social: formas emergentes de participación e intervención socio-comunitaria. *Cuadernos de Trabajo Social, 26*(1), 149-158.

Bellak, L., y Small, L. (1980). *Psicoterapia breve y de emergencia*. Pax México.

Borrell, F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Revista de Medicina Clínica, 119*(5), 175-179.

Centro de Investigación Biomédica en Red. (2021). *Las TIC como herramienta para la mejora en el manejo de los pacientes crónicos complejos*. http://boletin.ciberisciii.es/ciberes/ciber-detalles-subnotica.php?notiID=77&boletinID=16&ciberID=5

Clínica Universidad de Navarra. (2020). Crisis. En *Diccionario Médico*. Recuperado en 17 de agosto de 2021, de https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/crisis

Consejería de Salud. (2009). *Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales integrados*. https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956c9e59e_guia_diseno_mejora.pdf

Consejería de Salud. (2012). *Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas*. https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af06533c7e30_PIEC.pdf

Consejería de Salud. (2018). *Atención a pacientes pluripatológicos. Proceso Asistencial Integrado.* https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/2824/1/PAI_AtencionPacientesPluripatologicos_2018.pdf

Consejería de Salud y Familias. (2020). *Base poblacional de Salud. Enfermedades crónicas más frecuentes en la población usuaria del Servicio Andaluz de Salud*. https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/badea/operaciones/consulta/anual/33648?CodOper=b3_2194&codConsulta=33648

Consejería de Salud y Familia. (17 de agosto de 2021). *Estrategia de Promoción de una Vida Saludable en Andalucía*. https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/planificacion/estrategia-promocion-vida-saludable-andalucia.html#toc-planes-integrales-implicados

Consejería de Salud y Familia. (20 de agosto de 2021). *Procesos Asistenciales Integrados (PAI)*. https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/calidad-investigacion-conocimiento/gestion-conocimiento/paginas/pai.html

Contel, J.C., Muntané, B., y Camp, L. (2012). La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. *Atención Primaria, 44*(2), 107-113. doi:10.1016/j.aprim.2011.01.013

Defensor del Pueblo Andaluz. (12 de junio de 2017). *Tras 2 años reconocido como dependiente, fallece su padre sin la ayuda aprobada: pedimos que se le reconozca a sus herederos. Resolución del Defensor del Pueblo Andaluz formulada en la queja 15/6136 dirigida a Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales en Sevilla.* https://www.defensordelpuebloandaluz.es/tras-2-anos-reconocido-como-dependiente-fallece-su-padre-sin-la-ayuda-aprobada-pedimos-que-se-le-0

De la Revilla, L., y Espinosa, J.M. (2003). La atención domiciliaria y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores. *Atención Primaria, 31*(9), 587-591.

Erikson, E. (2000). *El ciclo vital completado*. Ediciones Paidós Ibérica.

EsCrônicos. (2021). *Organizaciones de pacientes*. http://www.escronicos.com/es/escronicos/asociaciones-pacientes

Golan, N. (1978). *Treatment in crisis situations*. Free Press.

Halpern, H.A., Canale, J.R., Grant, B.L., y Bellamy, C. (1979). A System Crisis Approach to Famiy Treatment. *Journal of Marital and Family Therapy, 5*(2), 87-94.

IMSERSO. (31 de julio de 2021). *Análisis explicativo de las estadísticas mensuales del sistema para la autonomía y atención a la dependencia*. https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/estsisaad_compl20210731.pdf

IMSERSO. (31 de julio de 2021). *Información estadística del sistema para la autonomía y atención a la dependencia.* https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/estsisaad20210731.pdf

INE. (2020). *Principales enfermedades crónicas o de larga evolución. 2020*. https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t00/mujeres_hombres/tablas_1/l0/&file=d03005.px&L=

INE. (2021). *Encuesta Nacional de Salud. Tablas por comunidades autónomas. Año 2003. Población por comunidad autónoma, enfermedad crónica y diagnóstico de la enfermedad.* https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p419/p04/a2003/l0/&file=07003.px&L=

Jiménez, J.M., y Munuera, P. (2021). *Fundamentos del trabajo social sanitario: análisis de su recorrido histórico hasta la actual pandemia*. Tirant Lo Blanch.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial de Estado*, 299, de 15 de diciembre de 2006, 44142-44156. https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-21990

MacDonald, D.K. (31 de octubre de 2018). *Golan Model of Crisis Intervention*. http://dustinkmacdonald.com/golan-model-crisis-intervention/

Martínez, J.R. (2003). Cuidados informales en España. Problema de desigualdad. *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI, 1*(2), 275-288.

Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. (31 de julio de 2021). *Convenio especial de cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia*. https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/im_138832.pdf

Ministerio de Sanidad. (2020). *Encuesta Europea de Salud en España*. https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/EESE2020_inf_evol_princip_result.pdf

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (26 de julio 2018). *Encuesta Nacional de Salud. España 2017*. https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*. https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). *Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto Séneca*. https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SENECA.pdf

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). *La seguridad en los cuidados del paciente hospitalizado. Proyecto SÉNECA*. https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ProyectoSENECA.pdf

MSDsalud. (2021). *El paciente crónico*. https://www.msdsalud.es/informacion-practica/paciente-cronico.html

Murube, J., Muñoz., F., y Arruga J. (2007). Una discusión actual ¿grave o severo? *Archivos de Sociedad Española de Oftalmología, 10*(82), 597-600.

Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas. (9 de julio de 2019). *PAAIPEC: Documento Central.* https://www.opimec.org/comunidades-de-practica/plan-andaluz-de-atencion-a-personas-con-enfermedades-cronicas/documentos/2281/

Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas. (18 de septiembre de *2019). Planes Integrales y Estrategias en el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud español.* https://www.opimec.org/documentos/4566/planes-integrales-en-el-abordaje-de-la-cronicidad/

OMS. (2003). *Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco.* http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42813/9243591010.pdf;jsessionid=F47C98EA8D42E5F0D823716BF787A6DB?sequence=1

OMS. (12 de mayo de 2009). *Plan de acción 2008-2013 para la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles: prevenir y controlar las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes*. https://www.who.int/publications/i/item/9789241597418

OMS. (2015). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1

OMS. (3 de marzo de 2021). *Cáncer*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer

OMS. (13 de abril de 2021). *Enfermedades no transmisibles*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases

OMS. (21 de junio de 2021). *Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)

OMS. (16 de julio de 2021). *Directrices consolidadas sobre prevención, pruebas, tratamiento, prestación de servicios y seguimiento del VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública.* https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593

Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Enfermedades no transmisibles*. https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles

OPIMEC. (26 de abril de 2013). *PAAIPEC: Análisis Epidemiológico.* Recuperado de https://www.opimec.org/comunidades-de-practica/plan-andaluz-de-atencion-a-personas-con-enfermedades-cronicas/documentos/2309/

Rapoport, L. (1967). Crisis-oriented short-term casework. *Social Service Review, 41*(l), 31-43.

Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial de Estado*, 42, de 18 de febrero de 2011, 18567-18691. https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-3174

Rodríguez, G. (1989). Orígenes y evolución del Estado de Bienestar español en su perspectiva histórica. Una visión general. *Política y Sociedad, 2*, 79-87.

Rodríguez, P. (2005). El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependencia. Del familismo a los derechos de la ciudadanía. *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 40*(3), 5-15. doi: 10.1016/S0211-139X(05)75068-X

Rogero, J. (2010). *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. IMSERSO.

SEMFYC. (26 de junio de 2020). *La Plataforma CH2025 eleva diez propuestas en materia de cronicidad a la Comisión para la Reconstrucción* https://www.semfyc.es/la-plataforma-ch2025-eleva-diez-propuestas-en-materia-de-cronicidad-a-la-comision-para-la-reconstruccion/

Somospacientes. (20 de agosto de 2021). *Asociaciones*. https://www.somospacientes.com/mapa-de-asociaciones/

Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. (2021). *SHARE en los medios*. https://www.share.cemfi.es/index.asp?menu=

The Boston Consulting Group. (2014). *Informe Cronos. Hacia el cambio de paradigma en la atención a enfermos crónicos*. https://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/1075/INFORME%20CRONOS.pdf

Universidad Internacional de Valencia. (25 de abril de 2018). *¿Enfermedad aguda o crónica? Diferencia y ejemplos.* https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/enfermedad-aguda-o-cronica-diferencias-y-ejemplos

Viscarret, J.J. (2009). Modelos de intervención en Trabajo Social. En T. Fernández García (Ed.), *Fundamentos del trabajo social* (pp. 293-344). Alianza.

Vorvick, L.J., y Zieve, D. (10 de octubre de 2020). *Acute vs. chronic conditions* [Comentario en la página web *MedlinePlus*]. U.S. National Library of Medicine. https://medlineplus.gov/ency/imagepages/18126.htm

WHA. (2013). *Follow-up to the Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R10-en.pdf?ua=

WHO. (31 de mayo de 2013). *Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020.* https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236

Zalaquett, P., y Muñoz, E. (2017). Intervención en crisis para pacientes hospitalizados. *Revista Médica Clínica Las Condes, 28*(6), 835-840.

Parte Tercera. RETOS DE LA REVOLUCIÓN DIGITAL EN LA SANIDAD

Laborum

nº Extraordinario 4
ISSN: 2386-7191 – ISSNe: 2387-0370

Inteligencia artificial para el avance de los sistemas de salud. Posibles aportes y retos[1]

Artificial intelligence for the advancement of health systems. Possible contributions and challenges

Clara Bermúdez-Tamayo *Escuela Andaluza de Salud Pública*
Observatorio de Salud y Medio Ambiente de Andalucía (OSMAN). Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España
CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

Jaime Jiménez-Pernet *Escuela Andaluza de Salud Pública*

Resumen

La creciente disponibilidad de grandes conjuntos de datos y de nuevos métodos analíticos, sumado a los avances simultáneos en la infraestructura de las tecnologías de la información (TIC) y la cobertura poblacional de la tecnología móvil, han motivado la esperanza de que la IA permita abordar los retos sanitarios futuros. La IA puede utilizar algoritmos sofisticados para "aprender" características de un gran volumen de datos sanitarios y utilizar los conocimientos obtenidos para ayudar a la práctica clínica. También puede estar dotada de capacidades de aprendizaje y autocorrección para mejorar su precisión en función de la información recibida. Los dispositivos de IA utilizados en el ámbito de la salud se pueden dividir en dos categorías principales: las técnicas de aprendizaje automático (Machine Learning - ML) que analizan datos estructurados como los datos de imagen, genéticos y electrofisiológicos, que intentan agrupar los rasgos de los pacientes o inferir la probabilidad de los resultados de la enfermedad, y los métodos de procesamiento del lenguaje natural (PNL) que extraen información de datos no estructurados como notas clínicas/revistas médicas para complementar y enriquecer los datos médicos estructurados. Las limitaciones actuales de la iHealth y la eHealth en general incluyen los costes financieros, las barreras culturales, lingüísticas y de alfabetización, los problemas de suministro de energía, la seguridad de los datos y los problemas de privacidad. Los puestos de trabajo en el sector sanitario con más probabilidades de ser automatizados parecen ser aquellos en los que parte de sus tareas implican el manejo de información digital, como la radiología y la patología, al contrario de aquellos basados en las relaciones humanas y el contacto directo con pacientes.

Palabras Clave

sanidad; inteligencia artificial; aprendizaje automático; procesamiento del lenguaje natural; TIC; e-Salud

Abstract

The increasing availability of large data sets and new analytical methods, coupled with simultaneous advances in information technology (ICT) infrastructure and mobile population coverage, have given rise to the hope that AI will address future health challenges. AI can use sophisticated algorithms to "learn" characteristics of a large volume of health data and use the knowledge gained to support clinical practice. It may also be equipped with learning and self-correcting capabilities to improve accuracy based on the information received. AI devices used in health can be divided into two main categories: Machine Learning (ML) techniques that analyze structured data such as image, genetic, and electrophysiological data, which attempt to group patient traits or infer the probability of disease outcomes, and natural language processing (NLP) methods that extract information from unstructured data such as clinical notes/medical journals to supplement and enrich structured medical data. Current limitations of iHealth and eHealth in general include financia costs, cultural, language and literacy barriers, power supply problems, data security, and privacy issues. Healthcare jobs most likely to be automated appear to be those where part of their tasks involves the management of digital information, such as radiology and pathology. contrary to those based on human relationships and direct contact with patients.

Keywords

healthcare; artificial intelligence; machine learning; natural language processing; ICT; e-Health

[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

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la Inteligencia Artificial (IA) es citada de manera recurrente como una de las tecnologías más prometedoras para hacer avanzar los sistemas de salud y mejorar la provisión de servicios sanitarios (1). El *World Economic Forum* plantea que el desarrollo intensivo de la IA supondría la "cuarta revolución industrial" con implicaciones transformadoras y globales, y al igual que las revoluciones que la precedieron, esta tendría el potencial de aumentar los niveles de ingresos globales y mejorar la calidad de vida de las poblaciones, y por tanto, su bienestar (2).

La creciente disponibilidad de grandes conjuntos de datos y de nuevos métodos analíticos, sumado a los avances simultáneos en la infraestructura de las tecnologías de la información (TIC) y la cobertura poblacional de la tecnología móvil, han motivado la esperanza de que la IA permita abordar los retos sanitarios futuros.

Nos referimos a la escasez de personal sanitario, el aumento del gasto sanitario, y la debilidad de los sistemas de vigilancia de la salud pública. Los sistemas sanitarios podrían ahorrarse los costes de transporte de profesionales en muchos casos, y la logística y las cadenas de suministro globales serían más eficiente y el coste del comercio disminuiría, lo que podría abrir nuevos mercados

La IA puede utilizar algoritmos sofisticados para "aprender" características de un gran volumen de datos sanitarios y, a continuación, utilizar los conocimientos obtenidos para ayudar a la práctica clínica. También puede estar dotada de capacidades de aprendizaje y autocorrección para mejorar su precisión en función de la información recibida. Un sistema de IA puede ayudar a los profesionales sanitarios proporcionándoles información clínica actualizada procedente de revistas, libros de texto y prácticas clínicas para informar sobre el cuidado adecuado de los pacientes (3). Además, teóricamente un sistema de IA podría ayudar a reducir los errores diagnósticos y terapéuticos que son inevitables en la práctica clínica (4). Por otra parte, un sistema de IA puede extraer información útil de un gran número de pacientes para hacer inferencias en tiempo real para alertar de riesgos sanitarios y estimar resultados de salud (5).

Las intervenciones basadas en la IA han demostrado, por ejemplo, que pueden informar la toma de decisiones clínicas para reducir la carga de trabajo de los profesionales sanitarios y evitar desplazamientos a zonas aisladas, mejorando la eficiencia del sistema (6). También el uso de IA ha ayudado a identificar los brotes de enfermedades con mayor antelación que los enfoques tradicionales, apoyando así la planificación de programas y una formulación de políticas oportuna (7)

Muchos países, conscientes del potencial de la IA, han desarrollado o están en proceso de desplegar estrategias y políticas para promover la investigación, el desarrollo y la adopción de métodos y tecnologías de IA. Desde el sector privado también hay una intensa inversión en I+D+i en este ámbito (8,9).

En este contexto, están claras las posibilidades de la IA y su utilidad prometedora, no obstante, el uso de la IA en el ámbito de la salud plantea importantes desafíos éticos, jurídicos, comerciales y sociales de carácter transnacional (10). El uso de programas informáticos en la atención sanitaria ya suponía grandes retos para desarrolladores, gobiernos y proveedores de servicios, la IA plantea retos éticos adicionales que van más allá del ámbito de los reguladores tradicionales y los agentes que intervienen en los sistemas de atención sanitaria (1,11). El uso apropiado para para mejorar la salud, debe ser abordado adecuadamente de tal manera que se pueda preservar la autonomía de las personas y garantice un acceso equitativo a estas tecnologías. (10)

El optimismo en los beneficios potenciales de la IA o "tecno-optimismo" podría empeorar la calidad de vida de las sociedades, por ejemplo, agravando la distribución desigual del acceso a la atención sanitaria por motivos geográficos, de género, de edad o de disponibilidad de dispositivos, si los países no adoptan las medidas (12). El uso inadecuado de la IA también podría perpetuar, exacerbar o profundizar los prejuicios y las disparidades en la atención sanitaria por cuestiones raciales o étnicas

con inferencias sesgadas, por análisis de datos y herramientas mal diseñadas mediante el uso de datos limitados, de baja calidad y no representativos (10).

2. LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y SUS TECNOLOGÍAS

La inteligencia artificial trata de las técnicas que permiten a las máquinas reproducir funciones que solemos atribuir a los animales y a los humanos, como percibir, moverse, actuar sobre el mundo o planificar (13)

No hay una definición consensuada sobre IA, por el contrario, su campo se va redefiniendo constantemente a medida que ciertos temas se clasifican como ajenos a la IA y surgen otros nuevos. Además, hay que señalar que la popularidad de la IA se debe, en parte, a que se ha empezado a utilizar este término para referirse a cosas que solían llamarse de otro modo.

El Consejo de Inteligencia Artificial de la OCDE define la IA como "un sistema basado en una máquina que puede hacer predicciones, recomendaciones o decisiones que influyen en entornos reales o virtuales, para un conjunto dado de objetivos definidos por el ser humano".(14)

La IA puede entenderse también como "un campo de estudio que combina la informática, la ingeniería y otras disciplinas relacionadas para construir máquinas capaces de comportamientos que se diría que requieren inteligencia si se observaran en los seres humanos"(15). Algunos de estos comportamientos son la capacidad de percibir imágenes visualmente, reconocer los sonidos y diálogos, traducir el lenguaje natural y aprender de la nueva información y adaptarse a ella (3).

La clasificación entre lo que es y lo que no es IA no es una dicotomía clara sí-no: mientras que algunos desarrollos son claramente IA, también hay métodos en los que interviene "algo" de IA. Así pues, en ocasiones sería más apropiado hablar de cuánto de IA tiene algo, en lugar de determinar simplemente si ese algo es o no es IA. Para diferenciar lo que es IA y lo que no, hablamos de autonomía y adaptabilidad. Autonomía, entendida como la capacidad para ejecutar tareas en situaciones complejas sin la dirección constante del usuario, mientras adaptabilidad es la capacidad para mejorar la ejecución de las tareas aprendiendo de la experiencia.

La base de la IA son los algoritmos o códigos informáticos que contienen instrucciones para un rápido análisis y transformación de datos en conclusiones, información u otros resultados. Las enormes cantidades de datos y la capacidad de analizarlos rápidamente impulsan la IA. Los distintos tipos de tecnologías de IA incluyen aplicaciones de aprendizaje automático (machine learning) como reconocimiento de patrones, procesamiento del lenguaje natural, procesamiento de señales y sistemas expertos.

2.1. Aprendizaje automático (Machine Learning - ML)

El aprendizaje automático permite a los algoritmos hacer predicciones y resolver problemas basándose en grandes cantidades de datos, sin ser programados explícitamente. Se refiere a sistemas que van mejorando la manera en que ejecutan una tarea dada, a medida que acumulan experiencia o datos. El aprendizaje automático se basa en el uso de técnicas de modelización estadística y matemática para definir y analizar datos. Esos patrones aprendidos se aplican después para realizar o guiar determinadas tareas y hacer predicciones

El ML se basa en el uso de algoritmos de aprendizaje, capaces de aprender y mejorar automáticamente a partir de lo que experimentan. El uso de cada técnica debe adaptarse al problema a tratar para encontrar la solución más adecuada. El ML puede clasificarse en 3 tipos de aprendizaje: supervisado, no supervisado y de refuerzo. En el aprendizaje supervisado, los algoritmos utilizan un conjunto de datos etiquetados para predecir el resultado conocido, definido por una variable "clase". Por el contrario, el aprendizaje no supervisado trata de identificar patrones ocultos presentes en los datos sin retroalimentación. Por último, el aprendizaje de refuerzo puede considerarse un híbrido de

los dos anteriores, con el objetivo de maximizar la precisión de los algoritmos mediante el método de ensayo y error (16).

2.2. Aprendizaje profundo

Es un subcampo del aprendizaje automático. El aprendizaje profundo es un subconjunto del aprendizaje automático, y va más allá al utilizar múltiples capas de redes neuronales artificiales para resolver problemas complejos a partir de datos no estructurados, de forma muy similar al cerebro humano (17). La «profundidad» se refiere a la complejidad de un modelo matemático, y que el aumento de la capacidad de computación de los ordenadores modernos ha permitido a los investigadores incrementar esta complejidad hasta alcanzar niveles no solo cuantitativa, sino también cualitativamente diferentes de los anteriores.

2.3. Robótica

Por robótica se entiende la construcción y programación de robots que puedan operar en situaciones complejas del mundo real. En cierto sentido, es el reto definitivo de la IA, ya que precisa una combinación de múltiples ámbitos tecnológicos. Por ejemplo, visión mediante ordenador y reconocimiento del habla para detectar el entorno, procesamiento del lenguaje natural, recuperación de información y razonamiento en condiciones de incertidumbre para procesar instrucciones y predecir las consecuencias de las posibles acciones, modelado cognitivo y computación afectiva (sistemas que responden a expresiones de sentimientos humanos o que imitan sentimientos) para interactuar y trabajar con seres humanos (3).

3. APLICACIONES DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN ÁMBITO SANITARIO

La Inteligencia Artificial (IA) ha abierto un nuevo camino con el potencial de abordar problemas clínicos complejos, debido a su capacidad de identificar relaciones no lineales, conexiones profundas y errores no lineales, así como la capacidad de minimizar los errores. También ha abierto la posibilidad de nuevos modelos predictivos que puedan generar estratificaciones de riesgo en un plazo más corto (por ejemplo, 2 años o menos) con una capacidad predictiva más fiable

Es probable que los enfoques clínicos actuales hagan que una parte de la población no reciba un diagnóstico o tratamiento adecuado, reciba uno menos efectivo, o reciba un tratamiento preventivo innecesario. Esto se debe entre otras causas, a la simplificación excesiva de las complejas relaciones entre las variables implicadas y a la asunción de correlaciones lineales entre los factores. Las técnicas de IA que se han aplicado en el ámbito sanitario prometen mejorar la calidad de la atención al paciente, mejorar la eficie cia, y reducir las tasas de mortalidad y morbilidad, a través de análisis y predicciones más precisas.(8). El proceso clínico se podría ver apoyado por esta nueva familia de tecnologías, a disposición de los profesionales sanitarios.

No obstante, antes de que los sistemas de IA puedan desplegarse en las aplicaciones sanitarias, deben ser "entrenados" a través de los datos que se generan en las actividades clínicas, como el cribado, el diagnóstico, la asignación de tratamientos, etc. Así, los sistemas IA aprenden sobre grupos similares de sujetos, las asociaciones entre las características de los sujetos y los resultados de interés.

Estos datos clínicos de base suelen existir, entre otros, en forma de datos demográficos, notas médicas, registros electrónicos de dispositivos médicos, exámenes físicos y laboratorio clínico e imágenes.(18) Los datos de la exploración física, notas de la anamnesis, y los resultados del laboratorio clínico los distinguimos de los datos de imagen, genéticos y electrofisiológicos porque contienen grandes porciones de textos narrativos no estructurados, que no son analizables directamente. Para ello, algunas aplicaciones de IA se centran en convertir primero el texto no estructurado en un registro médico electrónico (EMR) comprensible para la máquina. (19).

Para los próximos años, en las economías más avanzadas, se espera que las tecnologías de IA desempeñen un papel importante no sólo en la prestación de asistencia, sino también en la integración de los sistemas de asistencia sanitaria y social. El registro y la combinación de múltiples tipos de datos puede aumentar la precisión del diagnóstico, mejorar la personalización de la asistencia, tratar las enfermedades mentales y físicas comórbidas, hacer un seguimiento de la experiencia del paciente en los diferentes servicios de asistencia y comprender las conexiones entre la salud y la vida cotidiana de forma más amplia (20).

Con respecto al diagnóstico y seguimiento, la evaluación clínica en línea y la observación continua a distancia ofrecen cada vez más posibilidades, mediante el uso de historias clínicas electrónicas y una ecología de flujos de datos que se entrecruzan y que se recogen a través de dispositivos de *ehealth* (21). La noción de "*iHealth*" (salud inteligente) se basa en la eHealth y la amplía mediante el uso de la autovigilancia en tiempo real dentro del entorno del paciente, junto con el procesamiento de datos y la extracción de datos para apoyar la toma de decisiones personalizada.

Por ejemplo, en el ámbito de la psiquiatría, algunos estudios han demostrado que la medición de los marcadores del estado clínico a través de la analítica de datos puede permitir a los pacientes y a los médicos detectar las señales de alerta temprana y realizar un seguimiento y una predicción precisos de las recaídas en las personas que padecen trastornos mentales graves.(22) Del mismo modo, los trabajos recientes en informática afectiva y lingüística computacional sugieren que la ansiedad, la depresión, el trastorno bipolar y la intención suicida pueden observarse y medirse a través de los datos de las formas lingüísticas ordinarias que se producen de forma "natural", como las publicaciones y los comentarios en las plataformas de las redes sociales.(23).

Sin embargo, aunque aumentan y en algunos casos superan las capacidades de los profesionales sanitarios, la precisión diagnóstica de tales técnicas de análisis de datos, como los algoritmos de aprendizaje automático no se puede dar por sentada. En la actualidad, algunas aplicaciones IA siguen produciendo tasas de error clínicamente inaceptables (24).

En relación al tratamiento/terapia, las tecnologías de uso intensivo de datos tienen un claro potencial terapéutico. La abundancia de datos digitales ha facilitado la farmacoepidemiología y, en particular, la investigación observacional sobre la eficacia de la medicación en el mundo real.(25) Hay indicios de que las terapias basadas en entornos de realidad virtual inmersiva codiseñados y los humanos virtuales (por ejemplo, chatbots) pueden superar las barreras de comunicación y ampliar el acceso a una atención de mayor calidad (26). Sin embargo, se han notificado efectos adversos y consecuencias no deseadas (27) que plantean la necesidad de implicar a las comunidades culturalmente diversas que hablan varios idiomas, a las personas con discapacidades y problemas de comunicación, a las redes de apoyo de los cuidadores formales y a los cuidadores familiares, los cuales pueden desempeñar un papel activo en la formulación de directrices y normas para evaluar la seguridad y los resultados de los pacientes.(28)

Algunos sistemas de información pueden parecer intuitivos para los pacientes con comorbilidades, ya que no suelen separar explícitamente las necesidades de salud mental y física, ni ven sus experiencias de salud y enfermedad como una parte separada de sus vidas. Una gran proporción de los participantes en la investigación reclutados en un entorno de atención de urgencias (más del 70%) han aceptado que se vincule su actividad en las redes sociales con sus historias clínicas electrónicas, aunque entre los usuarios más jóvenes de redes sociales se observa una mayor aprobación .(29)

El modo en que se recogen, cotejan e interpretan los datos constituye un reto común para la integración de las tecnologías digitales en la atención habilitada digitalmente. Destacan las complejidades asociadas a la propiedad de los datos, el valor económico de los datos personales y la monetización de los datos o las prácticas de "intercambio de conocimientos" entre diversas empresas e instituciones(30). La participación pública en estas decisiones podría desempeñar un

papel fundamental a la hora de ganarse la confianza del público en la intersección de los intereses privados y públicos en competencia. También podría informar sobre las estrategias para garantizar la interoperabilidad de las tecnologías digitales de salud con los registros sanitarios electrónicos y otras formas de datos digitales personales.

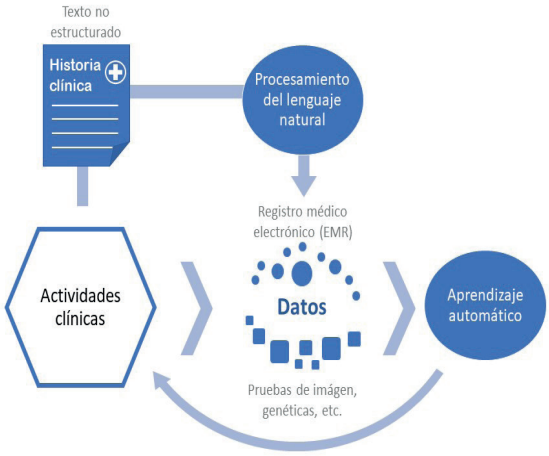
3.1. Dispositivos de IA utilizados en el ámbito de la salud

Los dispositivos de IA en salud, se pueden dividir en dos categorías principales. La primera categoría incluye las técnicas de aprendizaje automático (ML) que analizan datos estructurados como los datos de imagen, genéticos y electrofisiológicos. En las aplicaciones clínicas, los procedimientos de ML intentan agrupar los rasgos de los pacientes o inferir la probabilidad de los resultados de la enfermedad.(18)

La segunda categoría incluye los métodos de procesamiento del lenguaje natural (PNL) que extraen información de datos no estructurados como notas clínicas/revistas médicas para complementar y enriquecer los datos médicos estructurados. Los procedimientos de PLN tienen como objetivo convertir los textos en datos estructurados legibles por la máquina, que luego pueden ser analizados por técnicas de ML.(31)

La figura 1 describe el proceso desde la generación de datos clínicos, que indica el proceso de enriquecimiento de datos mediante PLN y el análisis de datos mediante ML, hasta la toma de decisiones clínicas. El proceso empieza y termina con las actividades clínicas; por muy potentes que sean las técnicas de IA, tienen que estar motivadas por los problemas clínicos y aplicarse para ayudar a la práctica clínica al final

Figura 1. Proceso de generación de datos y toma de decisiones clínicas enriquecidas con herramientas IA.



Elaboración propia basada en (3)

El ML puede utilizarse tanto en salud pública como en ámbito clínico, para reclutamiento de pacientes, extracción de conocimientos de los registros narrativos y clasificación con respecto a diferentes objetivos como el diagnóstico o los riesgos. Estas aplicaciones se pueden clasificar en las categorías descritas en la tabla 1. El apoyo al diagnóstico de enfermedades transmisibles y no transmisibles ha surgido como uno de los principales usos de la IA.

Tabla 1. Aplicaciones de IA en el ámbito clínico y la salud pública

	Tipo de inteligencia artificial	Ejemplos
Diagnóstico	• Sistema experto • Machine learning • Procesamiento de lenguaje natural • Procesamiento de señales (signal processing)	Se aplicaron métodos de aprendizaje automático y procesamiento de señales a las radiografías digitales de tórax para identificar casos de tuberculosis y de tuberculosis resistente a los medicamentos
Evaluación del riesgo de mortalidad y morbilidad	• Data mining • Machine learning • Procesamiento de señales	Para cuantificar el riesgo de la gravedad del dengue, se aplicaron algoritmos de aprendizaje automático a conjuntos de datos administrativos de un hospital de atención terciaria en Tailandia
Predicción de brotes de enfermedades y vigilancia	• Data mining • Machine learning • Procesamiento de lenguaje natural • Procesamiento de señales (signal processing)	Se utilizaron datos de teledetección y algoritmos de aprendizaje automático para caracterizar y predecir los patrones de transmisión del virus del Zika a nivel mundial
Planeación y políticas de salud	Expert planning; machine learning	Se aplicaron modelos de aprendizaje automático a datos administrativos de Sudáfrica para predecir la duración de la estancia de los trabajadores sanitarios en comunidades desatendidas

Basado en Schwalbe N, Wahl B. Artificial intelligence and the future of global health. Lancet. 2020 May 16;395(10236):1579-1586.

3.2. Aprendizaje automático (Machine Learning - ML) en ámbito de la salud

Como se ha comentado, el ML construye algoritmos de análisis de datos para extraer características de los datos. Los datos de entrada de los algoritmos de ML incluyen los "rasgos" del paciente y los resultados clínicos de interés. Los rasgos de un paciente suelen incluir datos de referencia, como la edad, el sexo, los antecedentes de enfermedad, así como datos específicos de la enfermedad, como imágenes de diagnóstico, expresiones genéticas, pruebas, resultados de exámenes físicos, síntomas clínicos, medicación, etc. Además de los rasgos, en la investigación clínica se suelen recoger los resultados médicos de los pacientes. Estos incluyen indicadores de la enfermedad, tiempos de supervivencia de los pacientes y niveles cuantitativos de la enfermedad, por ejemplo, el tamaño de los tumores.

Dependiendo de si se incorporan los resultados, los algoritmos de ML pueden dividirse en dos grandes categorías: aprendizaje no supervisado y aprendizaje supervisado. El aprendizaje no supervisado es bien conocido para la extracción de características, mientras que el aprendizaje supervisado es adecuado para el modelado predictivo mediante la construcción de algunas relaciones entre los rasgos del paciente (como entrada) y el resultado de interés (como salida). Más recientemente, se ha propuesto el aprendizaje semi-supervisado como un híbrido entre el aprendizaje no supervisado y el supervisado, que es adecuado para escenarios en los que falta el resultado para ciertos sujetos.

El clustering y el análisis de componentes principales (PCA) son dos de los principales métodos de aprendizaje no supervisado. El clustering agrupa a los sujetos con rasgos similares en clusters, sin utilizar la información de los resultados. Los algoritmos de clustering producen las etiquetas de clúster para los pacientes mediante la maximización y minimización de la similitud de los pacientes dentro y entre los clúster. El PCA sirve principalmente para reducir las dimensiones, especialmente cuando el rasgo se registra en un gran número de dimensiones, como el número de genes en un estudio de asociación de todo el genoma. El PCA proyecta los datos en unas pocas direcciones de componentes principales, sin perder demasiada información sobre los sujetos. A veces, se puede utilizar primero el PCA para reducir la dimensión de los datos, y luego utilizar el *clustering* para agrupar los sujetos.

Por otro lado, el aprendizaje supervisado considera los resultados de los sujetos junto con sus rasgos, y pasa por un cierto proceso de entrenamiento para determinar las mejores salidas asociadas a las entradas que más se acercan a los resultados en promedio. Normalmente, las fórmulas de salida varían en función de los resultados de interés. Por ejemplo, el resultado puede ser la probabilidad de padecer un determinado evento clínico, el valor esperado de un nivel de enfermedad o el tiempo de supervivencia esperado.

3.3. Aprendizaje profundo

El aprendizaje profundo es una extensión moderna de la técnica clásica de redes neuronales. Se puede considerar el aprendizaje profundo como una red neuronal con muchas capas. El rápido desarrollo de la informática moderna permite al aprendizaje profundo construir redes neuronales con un gran número de capas, lo que es inviable para las redes neuronales clásicas. Así, el aprendizaje profundo puede explorar patrones no lineales más complejos en los datos. Otra razón de la reciente popularidad del aprendizaje profundo se debe al aumento del volumen y la complejidad de los datos. Una clara mayoría del aprendizaje profundo se utiliza en el análisis de pruebas de imágen, lo que tiene sentido dado que las imágenes son naturalmente complejas y de gran volumen (16).

Un ejemplo de estas aplicaciones está en el uso de aprendizaje profundo para el cribado mamario. Se pretende solventar algunas de las limitaciones actuales, como reducir la carga de trabajo al personal de radiología o eliminar la fatiga o el diagnóstico subjetivo. Sin embargo, la evidencia actual es aún insuficiente para juzgar la precisión de IA en los programas de cribado del cáncer de mama (32). Los sistemas de IA alcanzan menos especificidad que la doble lectura de radiólogos, en los programas de cribado, aunque las aplicaciones IA basadas en aprendizaje profundo pueden alcanzar una alta sensibilidad, por lo que podría ser adecuado para clasificar a las mujeres que deben recibir una revisión radiológica.

3.4. Procesamiento del lenguaje natural

Dar sentido al lenguaje humano ha sido un objetivo de investigación de la IA desde la década de 1950. Este campo, la PNL, incluye aplicaciones como el reconocimiento del habla, el análisis de textos, la traducción y otros objetivos relacionados con el lenguaje. Hay dos enfoques básicos: la PNL estadística y la semántica. La PNL estadística se basa en el aprendizaje automático (redes neuronales de aprendizaje profundo) y ha contribuido a un reciente aumento de la precisión del reconocimiento. Requiere un gran "corpus" o cuerpo de lenguaje del que aprender.

En el ámbito de la sanidad, las aplicaciones dominantes de la PNL consisten en la creación, comprensión y clasificación de la documentación clínica y la investigación publicada. Los sistemas de PLN pueden analizar notas clínicas no estructuradas sobre pacientes, preparar informes (por ejemplo, sobre exámenes radiológicos), transcribir interacciones con pacientes y realizar IA conversacional.

4. DESAFÍOS Y LIMITACIONES DE LA IA

Como hemos visto antes, un sistema de IA básico suele integrar un componente ML para manejar datos estructurados (imágenes, datos EP, datos genéticos) y un componente NLP para la minería de textos no estructurados. Los algoritmos más sofisticados deben ser entrenados a través de los datos sanitarios para desarrollar en el sistema la capacidad de ayudar a los profesionales sanitarios con el diagnóstico de la enfermedad o las sugerencias de tratamiento.

Aprovechando la gran cantidad de datos con abundante información, se espera que la IA ayude a estudiar cuestiones clínicas mucho más complicadas, pero mucho más cercanas a la vida real, lo que conduce a una mejor toma de decisiones en el tratamiento. Recientemente, personal investigador en diferentes ámbitos ha empezado a trabajar en esta dirección y han obtenido resultados iniciales prometedores (8,33).

Las limitaciones actuales de la iHealth y la eHealth en general incluyen los costes financieros, las barreras culturales, lingüísticas y de alfabetización, los problemas de suministro de energía (por ejemplo, en comunidades remotas), la seguridad de los datos y los problemas de privacidad.(30)

4.1. Aspectos generales

Aunque las tecnologías de IA están atrayendo una gran atención en la investigación médica, su aplicación en la vida real sigue encontrando obstáculos. El primer obstáculo proviene de la normativa. La normativa actual carece de normas para evaluar la seguridad y la eficacia de los sistemas de IA. Para superar esta dificultad, la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) realizo un primer intento de proporcionar una guía para evaluar los sistemas de IA (34). Esta clasifica los sistemas de IA como "productos de bienestar general", que están regulados de forma poco estricta siempre que los dispositivos se destinen únicamente al bienestar general y presenten un bajo riesgo para los usuarios. Una segunda orientación, justifica el uso de pruebas en el mundo real para evaluar el rendimiento de los sistemas de IA. Por último, la guía aclara las normas para el diseño adaptativo en los ensayos clínicos, que se utilizarían ampliamente para evaluar las características de funcionamiento de los sistemas de IA.

El segundo obstáculo es el intercambio de datos. Para que funcionen bien, los sistemas de IA necesitan ser entrenados (continuamente) por los datos de los estudios clínicos. Sin embargo, una vez que un sistema de IA se despliega tras el entrenamiento inicial con datos históricos, la continuación del suministro de datos se convierte en una cuestión crucial para el desarrollo y la mejora del sistema. El entorno sanitario actual no ofrece incentivos para compartir los datos del sistema. Sin embargo, se está llevando a cabo una revolución sanitaria para estimular el intercambio de datos, que ha sido favorecido por la pandemia por COVID19 (11).

4.2. Implicaciones para el personal sanitario

Se ha prestado mucha atención a la preocupación de que la IA provoque la automatización de los puestos de trabajo y el desplazamiento sustancial de la mano de obra. Algunos trabajos han estimado que el 35% de los puestos de trabajo del Reino Unido podrían desaparecer debido a la IA en los próximos 10 a 20 años (35). Otros estudios han sugerido que, si bien es posible una cierta automatización de los puestos de trabajo, una serie de factores externos, además de la tecnología, podrían limitar la pérdida de puestos de trabajo, como el coste de las tecnologías de automatización, el crecimiento y el coste del mercado laboral, los beneficios de la automatización más allá de la simple sustitución de la mano de obra, y la aceptación normativa y social.(36)

La limitada incursión de la IA en el sector hasta ahora, y la dificultad de integrar la IA en los flujos de trabajo clínicos, han sido en cierto modo responsables de la falta de impacto en el empleo hasta la actualidad. Algunos sistemas basados en IA podrían reducir funciones o actividades repetitivas. Los puestos de trabajo en el sector sanitario con más probabilidades de ser automatizados parecen ser aquellos en los que parte de sus tareas implican el manejo de información digital, como la radiología y la patología. Todo lo contrario de aquellos puestos basados en las relaciones humanas, que tienen contacto directo con pacientes.

No obstante, los procesos clínicos para emplear el trabajo de imagen basado en la IA están muy lejos de estar listos para su uso diario. Los distintos proveedores de tecnología de imagen y los algoritmos de aprendizaje profundo tienen focos diferentes: la probabilidad de una lesión, la probabilidad de cáncer, la característica de un nódulo o su localización. Estos focos distintos harían muy difícil la incorporación de los sistemas de aprendizaje profundo a la práctica clínica actual.

Por otra parte, los algoritmos de aprendizaje profundo para el reconocimiento de imágenes requieren "datos etiquetados": millones de imágenes de pacientes que han recibido un diagnóstico definitivo de cáncer, un hueso roto u otra patología. Sin embargo, actualmente no está claro el número

total de estos repositorios, ni los conjuntos de datos que contienen o si las imágenes radiológicas están etiquetadas o no.

También existe la posibilidad de que se creen nuevos puestos de trabajo para trabajar con las tecnologías de IA y desarrollarlas. Pero el empleo humano estático o en aumento también significa, por supuesto, que no es probable que las tecnologías de IA reduzcan sustancialmente los costes del diagnóstico y el tratamiento médico en ese plazo.

4.3. Implicaciones éticas

Hay una serie de implicaciones éticas en torno al uso de la IA en la asistencia sanitaria. Las decisiones sanitarias han sido tomadas casi exclusivamente por humanos en el pasado, y el uso de máquinas inteligentes para tomarlas o ayudarlas plantea cuestiones de responsabilidad, transparencia, permiso y privacidad.

En primer lugar, la capacidad de los sistemas IA debe superar la restricción de la dimensionalidad requiere conjuntos de datos voluminosos (37). Los conjuntos de datos pequeños y/o sesgados pueden dar lugar a un exceso de ajuste, lo que limita los problemas que pueden abordar los métodos actuales de aprendizaje automático. El uso de bases de datos de imágenes dermatológicas es un buen ejemplo de los retos a enfrentar. La aplicación de algoritmos para uso generalizado a nivel poblacional requiere una mayor transparencia en los repositorios y conjuntos de datos disponibles. Una revisión sistemática de los bancos de imágenes dermatológicas disponibles confirma un predominio de imágenes de lesiones cutáneas de pacientes asiáticos y pacientes blancos de EE.UU (38).

En segundo lugar, los modelos de aprendizaje automático se describen a menudo como "cajas negras" cuya opacidad impide la interpretación o la comprobación de los supuestos clave por parte de personas no expertas. Aunque los trabajos recientes suelen abordar parcialmente esta limitación, el problema persiste (39). Quizás la cuestión más difícil de abordar dadas las tecnologías actuales es la transparencia. Muchos algoritmos de IA -en particular los de aprendizaje profundo utilizados para el análisis de imágenes- son prácticamente imposibles de interpretar o explicar. Si se informa a un paciente de que una imagen ha dado lugar a un diagnóstico de cáncer, probablemente querrá saber por qué. Los algoritmos de aprendizaje profundo, e incluso el personal médico que generalmente están familiarizados con su funcionamiento, pueden ser incapaces de dar una explicación.

En tercer lugar, en algunos casos, los observadores asumen que los modelos que aprenden automáticamente de los datos son más objetivos y, por tanto, más precisos que los modelos construidos por humanos. Aunque los modelos basados en datos suelen predecir los resultados mejor que los modelos basados en la teoría, la construcción de modelos basados en datos también implica decisiones subjetivas y asunciones y parámetros, como la elección de conjuntos de datos de pruebas y evaluación, la elección de criterios de preprocesamiento y la elección de algoritmos de aprendizaje y parámetros iniciales. Estas decisiones dan lugar a sesgos y prejuicios que pueden pasar desapercibidos para los usuarios ocasionales (40). La autonomía y capacidad de elección se puede ver condicionada por sistemas que recomiendan sistemáticamente opciones basadas en decisiones previas, limitando la diversidad de opciones futura.

En cuarto lugar, la cantidad de datos suele ir en detrimento de la calidad. Esto es un problema para cualquier análisis de datos, pero puede ser especialmente pernicioso en el contexto de los métodos de aprendizaje automático que utilizan un conjunto de pruebas para estimar la precisión de la predicción en el mundo más amplio. Si los artefactos de recopilación de datos hacen que los conjuntos de prueba y reales sean demasiado similares entre sí, pero diferentes de los conjuntos de datos a los que normalmente se aplicaría el modelo, el sobreajuste puede conducir a una precisión de predicción imprevista en el mundo real (24). Por último, dado que los estudios de IA suelen requerir la vinculación de datos de uso secundario procedentes de fuentes heterogéneas, las discrepancias entre estas fuentes de datos pueden inducir sesgos, incluido el sesgo por patrones demográficos (41).

Un sistema IA puede reproducir o generar discriminación cuando los algoritmos o datos a partir de los que aprende contienen errores o sesgos que lo llevan a tratar o reconocer de forma diferenciada a grupos diversos, sin una clara justificación

Diversos autores, como Brynjolfsson y McAfee, alertan que la IA podría generar una mayor desigualdad debido a procesos de discriminación, limitación de la autonomía o falta de transparencia, pero sobre todo por su potencial para afectar los mercados laborales. A medida que la automatización sustituya a la mano de obra en toda la economía. Hasta la fecha, los que más se han beneficiado de ella han sido los ciudadanos capaces de acceder al mundo digital.

La comunidad sanitaria mundial, incluidos varios grandes organismos financiadores, ha reconocido cada vez más la urgencia de abordar estas cuestiones para garantizar que todas las poblaciones se beneficien de los avances en materia de salud digital e IA. En mayo de 2018, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó una resolución sobre las tecnologías digitales para la cobertura sanitaria universal y en 2019, el Grupo de Alto Nivel sobre Cooperación Digital, el Secretario General de las Naciones Unidas recomendó que "*para 2030, todos los adultos deberían tener un acceso asequible a las redes digitales, así como a los servicios financieros y de salud habilitados por medios digitales, como medio para contribuir sustancialmente a la consecución de los ODS*". The Lancet y Financial Times creo una comisión sobre "el futuro de la salud en 2030: crecer en un mundo digital" y sostiene que las transformaciones digitales deben considerarse un factor determinante de la salud. La Comisión también aboga para que se reconsidere radicalmente la cuestión de las tecnologías digitales, destacando que sin un enfoque preventivo, orientado a la misión y basado en el valor de su gobernanza, las transformaciones digitales no conseguirán mejorar la salud para todos(43).

5. EL FUTURO DE LA IA

La IA tiene un importante papel que desempeñar en la oferta sanitaria del futuro. En forma de aprendizaje automático, es la principal capacidad que subyace al desarrollo de la medicina de precisión, que se considera un avance muy necesario en la atención sanitaria. Dados los rápidos avances de la IA en el análisis de imágenes, parece probable que la mayoría de las imágenes de radiología y patología sean examinadas en algún momento por una máquina. El reconocimiento de voz y de texto ya se emplea para tareas como la comunicación con el paciente y la captura de notas clínicas, y su uso irá en aumento.

El mayor reto de la IA en estos ámbitos sanitarios no es si las tecnologías serán lo suficientemente capaces como para ser útiles, sino garantizar su adopción en la práctica clínica diaria. Para que se produzca una adopción generalizada, los sistemas de IA deben ser aprobados por los organismos reguladores, integrarse en los sistemas de evaluación de tecnologías sanitarias, estandarizarse lo suficiente como para que productos similares funcionen de forma parecida, enseñarse a los clínicos, y actualizarse con el tiempo. Estos retos se acabarán superando, pero tardarán mucho más en hacerlo que lo que tardarán las propias tecnologías en madurar. En consecuencia, algunos se atreven a aventurar que habrá un uso limitado de la IA en la práctica clínica dentro de 5 años y un uso más amplio dentro de 10.(36)

También parece cada vez más claro que los sistemas de IA no sustituirán a los profesionales a gran escala, sino que aumentarán sus esfuerzos para atender a los pacientes. Con el tiempo, los clínicos humanos pueden orientarse hacia tareas y diseños de trabajo que se basan en habilidades exclusivamente humanas como la empatía, la persuasión y la integración de la visión global.

No cabe duda de que los sistemas de IA cometerán errores en el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes y puede ser difícil establecer la responsabilidad de los mismos. También es probable que nos encontremos con muchos cambios éticos, médicos, laborales y tecnológicos con la IA en la asistencia sanitaria. Es importante que las instituciones sanitarias, así como los organismos gubernamentales y reguladores, establezcan estructuras para supervisar las cuestiones clave, reaccionar de forma

responsable y establecer mecanismos de gobernanza para limitar las implicaciones negativas. Se trata de una de las tecnologías más potentes y con mayores consecuencias que afectarán a las sociedades humanas, por lo que requerirá una atención continua y una política reflexiva durante muchos años

REFERENCIAS

1. Murphy K, Di Ruggiero E, Upshur R, Willison D, Malhotra R, Cai J. Artificial intelligence for good health: a scoping review of the ethics literature. BMC Med Ethics. 2021 Dec;22(1).
2. Schwab K. The Fourth Industrial Revolution: what it means and how to respond. World Economic Forum. 2016.
3. Jiang F, Jiang Y, Zhi H, Dong Y, Li H, Ma S, *et al.* Artifici l intelligence in healthcare: Past, present and future. Stroke Vasc Neurol. 2017 Dec;2(4):230-43.
4. Minué S, Bermúdez-Tamayo C, Fernández A, Martín-Martín JJ, Benítez V, Melguizo M, *et al.* Identification of factors associated with diagnostic error in primary care. BMC Fam Pract. 2014;15(1).
5. Morley J, Machado CCV, Burr C, Cowls J, Joshi I, Taddeo M, *et al.* The ethics of AI in health care: A mapping review. Soc Sci Med. 2020 Sep;260.
6. Guo J, Li B. The application of medical artificial intelligence technology in rural areas of developing countries. Heal Equity. 2018;2:174-81.
7. Lake I, Colón-González F, Barker G, Morbey R, Smith G, Elliot A. Machine learning to refine decision making within a syndromic surveillance service. BMC Public Health. 2019;19:559.
8. Hakim Z, Ierasts T, Hakim I, D'Penha A, Smith KPD, Caesar MCW. Connecting Data to Insight: A Pan-Canadian Study on AI in Healthcare. Healthc Q. 2020 Apr;23(1):13-9.
9. CIFAR. Pan-Canadian AI Strategy. Invest in Canada. 2017.
10. WHO. Ethics and governance of artificial intelligence for health ethics and governance of artificial intelligence for health. World Health Organization. 2021.
11. El-Haddadeh R, Fadlalla A, Hindi NM. Is There a Place for Responsible Artificial Intelligence in Pandemics? A Tale of Two Countries. Inf Syst Front. 2021;
12. Timmermans S, Kaufman R. Technologies and Health Inequities. https://doi.org/101146/annurev-soc-121919-054802. 2020 Jul;46:583-602.
13. Hinton G, Bengio Y, LeCun Y. Recipients of ACM's A. M. Turing Award. Volúmenes 6-2019 de Communications of the ACM. Media A, editor. New York: Association for Computing Machinery; 2019.
14. OCDE. Recommendation of the Council on Artificial Intelligence (OECD Legal Instruments. OECD/ LEGAL/O449). France; 2019.
15. Miller T. Explanation in artificial intelligence: Insights from the social sciences. Artif Intell. 2019 Feb;267:1-38.

16. Ravi D, Wong C, Deligianni F, Berthelot M, Andreu-Perez J, Lo B, *et al.* Deep Learning for Health Informatics. IEEE J Biomed Heal Informatics. 2017 Jan;21(1):4-21.

17. Bini SA. Artificial Intelligence, Machine Learning, Deep Learning, and Cognitive Computing: What Do These Terms Mean and How Will They Impact Health Care? J Arthroplasty. 2018 Aug;33(8):2358-61.

18. Darcy AM, Louie AK, Roberts LW. Machine Learning and the Profession of Medicine. JAMA. 2016 Feb;315(6):551-2.

19. Karakulah G, Dicle O, Kosaner O, Suner A, Birant CC, Berber T, *et al.* Computer Based Extraction of Phenoptypic Features of Human Congenital Anomalies from the Digital Literature with Natural Language Processing Techniques. Stud Health Technol Inform. 2014;205:570-4.

20. Exploring how to prepare the healthcare workforce, through education and training, to deliver the digital future. London; 2019.

21. Turvey CL, Lindsay JA, Chasco EE, Klein DM, Fuhrmeister LA, Dindo LN. Current Practices in Electronic Capture of Patient Reported Outcomes for Measurement-Based Care and the use of Patient Portals to Support Behavioral Health. Psychiatr Clin North Am. 2019 Dec;42(4):635.

22. Tazawa Y, Liang K ching, Yoshimura M, Kitazawa M, Kaise Y, Takamiya A, *et al.* Evaluating depression with multimodal wristband-type wearable device: screening and assessing patient severity utilizing machine-learning. Heliyon. 2020 Feb;6(2):e03274.

23. Thorstad R, Wolff P. Predicting future mental illness from social media: A big-data approach. Behav Res Methods. 2019 Aug;51(4):1586-600.

24. Bernau C, Riester M, Boulesteix AL, Parmigiani G, Huttenhower C, Waldron L, *et al.* Cross-study validation for the assessment of prediction algorithms. Bioinformatics. 2014 Jun;30(12).

25. Sessa M, Khan AR, Liang D, Andersen M, Kulahci M. Artificial Intelligence in Pharmacoepidemiology: A Systematic Review. Part 1-Overview of Knowledge Discovery Techniques in Artificial Intelligence. Front Pharmacol. 2020 Jul; 1:1028.

26. Lucas GM, Gratch J, King A, Morency LP. It's only a computer: Virtual humans increase willingness to disclose. Comput Human Behav. 2014 Aug;37:94-100.

27. Nicholas J, Larsen ME, Proudfoot J, Christensen H. Mobile Apps for Bipolar Disorder: A Systematic Review of Features and Content Quality. J Med Internet Res 2015;17(8)e198 https//www.jmir.org/2015/8/e198. 2015 Aug;17(8):e4581.

28. Jones N, Moffitt M. Ethical guidelines for mobile app development within health and mental health fields. Prof Psychol Res Pract. 2016 Apr;47(2):155-62.

29. Padrez KA, Ungar L, Schwartz HA, Smith RJ, Hill S, Antanavicius T, *et al.* Linking social media and medical record data: a study of adults presenting to an academic, urban emergency department. BMJ Qual Saf. 2016 Jun;25(6):414-23.

30. Zidaru T, Morrow EM, Stockley R. Ensuring patient and public involvement in the transition to AI-assisted mental health care: A systematic scoping review and agenda for design justice. Heal Expect. 2021;

31. Murff HJ, FitzHenry F, Matheny ME, Gentry N, Kotter KL, Crimin K, *et al.* Automated identification of postoperative complications within an electronic medical record using natural language processing. JAMA. 2011 Aug;306(8):848-55.

32. Freeman K, Geppert J, Stinton C, Todkill D, Johnson S, Clarke A, *et al.* Use of artificial intelligence for image analysis in breast cancer screening programmes: systematic review of test accuracy. BMJ. 2021 Sep 1;n1872.

33. Lin SY, Mahoney MR, Sinsky CA. Ten Ways Artificial Intelligence Will Transform Primary Care. J Gen Intern Med. 2019 Aug;34(8):1626-30.

34. Graham J. Artificial Intelligence, Machine Learning, And The FDA. Forbes. 2017;

35. McKingsey Global Institute. A FUTURE THAT WORKS: AUTOMATION, EMPLOYMENT, AND PRODUCTIVITY. London; 2017.

36. Davenport T, Kalakota R. The potential for artificial intelligence in healthcare. Futur Healthc J. 2019 Jun;6(2):94.

37. Halevy A, Norvig P, Pereira F. The unreasonable effectiveness of data. IEEE Intell Syst. 2009;24(2):8-12.

38. Wen D, Khan SM, Ji Xu A, Ibrahim H, Smith L, Caballero J, *et al.* Characteristics of publicly available skin cancer image datasets: a systematic review. Lancet Digit Heal. 2022 Jan;4(1):e64-74.

39. Mooney SJ, Pejaver V. Big Data in Public Health: Terminology, Machine Learning, and Privacy. https://doi.org/101146/annurev-publhealth-040617-014208. 2018 Apr;39:95-112.

40. Caliskan A, Bryson JJ, Narayanan A. Semantics derived automatically from language corpora contain human-like biases. Science (80-). 2017 Apr;356(6334):183-6.

41. Bohensky MA, Jolley D, Sundararajan V, Evans S, Pilcher D V., Scott I, *et al.* Data linkage: a powerful research tool with potential problems. BMC Health Serv Res. 2010;10.

42. Saeed SA, Masters RMR. Disparities in Health Care and the Digital Divide. Curr Psychiatry Rep. 2021 Sep;23(9).

43. Kickbusch I, Piselli D, Agrawal A, Balicer R, Banner O, Adelhardt M, *et al.* The Lancet and Financial Times Commission on governing health futures 2030: growing up in a digital world. Lancet. 2021 Nov;398(10312):1727-76.

nº Extraordinario 4
ISSN: 2386-7191 – ISSNe: 2387-0370

La e-salud. Hacia la medicina 5P: medicina personalizada, precisa, preventiva, predictiva y participativa[1]

E-health. Towards 5P medicine: personalized, precise, preventive, predictive and participatory medicine

Isabel Monereo Moreno — *Médica Especialista en Pediatría y sus áreas específicas. UGC de Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Granada-ibs.Granada, Hospital General Virgen de las Nieves, Granada, Spain*

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

La incorporación en los sistemas de atención sanitaria de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), así como las innovaciones en genómica, biotecnología y nanotecnología, están revolucionando la forma en que se fomenta la salud de las personas y la forma en que se predicen, previenen y se tratan las enfermedades. La llamada "*sanidad móvil"* tiene el potencial de participar en la transformación de la atención sanitaria y de incrementar su calidad y su eficacia. Su objetivo no es sustituir a los profesionales sanitarios, sino que constituye una herramienta de apoyo para la gestión y la prestación de la atención sanitaria. El desarrollo de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (5G, IPv6, la nube/cloud, la ciber-seguridad, el Big Data y la Inteligencia Artificial) pueden permitir una medicina Personalizada, Precisa, Preventiva, Predictiva y Participativa ("medicina 5P"). Todo ello permitirá adaptar de una manera más individualizada el diagnóstico y las medidas terapéuticas o preventivas. Además, la digitalización de la medicina, a través del "Internet de las Cosas" (IoC) y en particular de los *wearables*, permite que el propio paciente se sitúe en el papel protagonista poniendo su información de salud de modo permanente en manos de los profesionales sanitarios y al mismo tiempo participando en el control de su salud (autocontrol).

Palabras Clave

e-salud; sanidad móvil; TIC; innovaciones; "wearables"; precisión; preventivo; predictivo; personalizado

Abstract

The incorporation of information and communication technologies (ICTs) into health care systems, as well as innovations in genomics, biotechnology and nanotechnology, are revolutionizing the way people's health is promoted and how they are predicted. they prevent and treat diseases. So-called "mobile health" has the potential to participate in the transformation of health care and to increase its quality and effectiveness. It is not intended to replace health professionals, but is a supportive tool for the management and delivery of health care. The development of new information and communication technologies (5G, IPv6, cloud, cyber-security, big data, and artificial intelligence) can enable personalized, accurate, preventive, predictive, and participatory medicine ("medicine 5P"). All this will allow the diagnosis and therapeutic or preventive measures to be adapted in a more individualized way. Moreover, the digitization of medicine, through the Internet of Things (IOC) and, in particular, wearables, it allows the patient himself to be in the leading role by putting his health information permanently in the hands of the health professionals and at the same time participating in the control of his health (self-control).

Keywords

e-health; mHealth; ICT; innovations; wearables; precision; preventive; predictive; personalized

1. SALUD DIGITAL: APORTACIONES DE LAS SOLUCIONES DE SANIDAD MÓVIL DENTRO DEL SISTEMA SANITARIO

La incorporación en los sistemas de atención sanitaria de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), así como las innovaciones en genómica, biotecnología y nanotecnología, están ya, y lo harán cada vez más en el futuro, revolucionando la forma en que se fomenta la salud de las personas y la forma en que se predicen, previenen y se tratan las enfermedades. Esto ha hecho

[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

que se haya producido ya una gran evolución en los sistemas de atención sanitaria, pero a medio y largo plazo se espera que se produzca una transformación radical de la sanidad, de los servicios asistenciales y de la propia sociedad[2].

La "sanidad móvil" hace referencia a la práctica de la medicina y la prestación de servicios sanitarios mediante dispositivos móviles, como teléfonos móviles (con la expansión de los teléfonos inteligentes y de las redes 4G y 5G), dispositivos de seguimiento de pacientes, asistentes digitales personales (PDA) y otros dispositivos inalámbricos. Mediante sensores y aplicaciones móviles, la "sanidad móvil" permite la recogida de un considerable número de datos médicos, fisiológicos y relativos al modo de vida, a la actividad diaria y al entorno[3]. Así, a través de las soluciones de sanidad móvil se pueden medir las constantes vitales, como la frecuencia cardíaca, el nivel de glucosa en la sangre, la presión arterial, la temperatura corporal y la actividad cerebral. También comprende dispositivos de orientación personal, información sanitaria y recordatorios de medicación. Puede ser una herramienta importante para abordar los retos del sistema sanitario, contribuyendo a desarrollar una atención sanitaria más centrada en el paciente y apoyando el cambio hacia la prevención, al tiempo que se mejora la eficacia del sistema

La llamada "*sanidad móvil"* constituye un sector emergente y en rápida evolución, que tiene el potencial de participar en la transformación de la atención sanitaria y de incrementar su calidad y su eficacia. Su objetivo no es sustituir a los profesionales sanitarios, sino que constituye una herramienta de apoyo para la gestión y la prestación de la atención sanitaria. Se considera que la sanidad móvil podría contribuir a una manera más eficaz de prestar atención sanitaria mediante una mejor planificaci n, reduciendo las consultas innecesarias, proporcionando métodos eficaces de tratar las enfermedades crónicas mediante un servicio remoto de seguimiento y asesoramiento, aumentando la comodidad del paciente, reduciendo significativamente los costes sanitarios y permitiendo una medicina personalizada.

La aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) a los sistemas sanitarios parece ya haber tomado impulso. Desde hace al menos veinte años se viene planteando que la aplicación de las nuevas tecnologías a los sistemas sanitarios pueden hacerlos más eficaces y mejorar la calidad de vida de las poblaciones, así como impulsar la innovación en salud para hacer frente a las necesidades de los pacientes y de los profesionales de la salud.

Sin embargo, durante todos estos últimos años tanto en España como en la propia Unión Europea el desarrollo de la salud digital apenas se ha producido o se ha producido muy lentamente. La crisis mundial provocada por la pandemia COVID-19 parece haber acelerado los cambios, aunque sea un camino no exento de dificultades y necesitado de una adecuada transición[4]. Pese a

[2] *Vid*. AAVV.: "El papel de las TIC en la gestión de la crisis por la COVID-19", *Informática más Salud. Revista de la Sociedad Española de Informática y Salud*, nº 142, Diciembre 2020. Número especial; Galván, J. (Coord.): "Digitalizar en las crisis para saber más de salud", *Informática más Salud. Revista de la Sociedad Española de Informática y Salud*, nº 141, 2020. Número especial.

[3] Sobre la legislación de la UE en materia de dispositivos médicos *vid*. Reglamento (UE) 2017/745 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 5 de abril de 2017, sobre los productos sanitarios, DO L 117 de 5.5.2017; Reglamento (UE) 2017/746 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 5 de abril de 2017, sobre los productos sanitarios para diagnóstico in vitro, DO L 117 de 5.5.2017. También Reglamento (UE) nº 557/2014 del Consejo, de 6 de mayo de 2014, por el que se establece la Empresa Común para la Iniciativa sobre Medicamentos Innovadores 2, DO L 169 de 7.6.2014.] y Reglamento (UE) nº 561/2014 del Consejo, de 6 de mayo de 2014, relativo a la Empresa Común ECSEL (Empresa Común Componentes y Sistemas Electrónicos para el Liderazgo Europeo), DO 169 de 7.6.2014. Desde 2004, existen dos Planes de acción sobre sanidad electrónica: COM(2004) 356 final y COM(2012) 736 final, que han proporcionado a los Estados miembros y la Comisión un marco para la adopción de acciones políticas en el ámbito de la salud en línea. *Vid*: http://ec.europa.eu/transparency/regexpert/index.cfm?do=groupDetail.groupDetail&groupID=2769

[4] Como señala Martínez Albarrán, "No está siendo un devenir sencillo, sin altibajos. El modelo asistencial preferentemente "no presencial" no ha dispuesto de un tiempo de transición que permitiera una gestión de cambio adecuada tanto a profesionales como nuestros propios usuarios", *vid*. Martínez Albarrán, A.I.: "El Proceso de

las muchas dificultades planteadas, esta crisis ha subrayado la necesidad de contar con recursos capaces de proporcionar cuidados y atención sanitaria en escenarios cambiantes y por otro lado ha puesto de manifi sto la importancia de disponer de información precisa, completa y fiable, de manera prácticamente inmediata, que permita la adopción de respuestas adecuadas.

Además de la necesidad de prevenir frente a posibles crisis sanitarias que puedan venir en el futuro inmediato, los cambios derivados del envejecimiento de la población y otros factores socioeconómicos y culturales, como la mayor incidencia de las enfermedades crónicas, las mayores demandas de los ciudadanos de unos servicios y asistencia social de mayor calidad o la disminución constante del número de trabajadores del sector sanitario que se ha producido en las últimas décadas como consecuencia de los recortes económicos aplicados en el ámbito sanitario, van a determinar que los gastos de la atención sanitaria a largo plazo prácticamente se dupliquen en los próximos diez años, lo que ya se hace sentir en la actualidad, provocando mayor presión sobre los presupuestos públicos.

Aspectos esenciales de la atención sanitaria, tanto clínicos como de gestión, pueden mejorar en su calidad, equidad y sostenibilidad mediante la incorporación de las tecnologías digitales en distintos ámbitos asistenciales. Nuestro Sistema Nacional de Salud, como la mayor parte de los existentes en los países desarrollados, se enfrentan a importantes desafíos: un crecimiento continuo de la demanda sanitaria, que provoca grandes desajustes entre oferta y demanda; la necesidad de establecer canales de comunicación eficaces en los procesos asistenciales en los que intervienen diferentes profesionales, unidades y ámbitos, así como canales adecuados de relación, información y comunicación entre el personal sanitario y los pacientes y sus personas de referencia; la gestión de la atención sanitaria de modo que se puedan reducir y eliminar las listas de espera; el fortalecimiento de la historia clínica electrónica; la introducción de dispositivos digitales portátiles para pacientes con enfermedades crónicas o que requieran una monitorización continua; el desarrollo de la medicina personalizada que permita buscar la mejor opción para cada paciente; la mejora de los sistemas de información, vigilancia y control epidemiológico, que permitan la detección precoz de riesgos y la respuesta rápida a las amenazas para la población; entre otros.

Para hacer frente a éstos y otros desafíos, la salud electrónica, si se aplica de manera eficaz y racional, puede suponer un beneficio para los ciudadanos, los pacientes y los profesionales de la salud y la asistencia y puede permitir que se facilite una atención sanitaria más personalizada, más específica, efectiva y eficaz. Ya hay algunas experiencias destacables en relación con la salud electrónica: el uso de historias clínicas electrónicas y con sistemas de prescripción electrónica; o el recurso a la telemedicina en las enfermedades crónicas; algunas terapias asistidas por la tecnología (pacientes de diabetes, control de marcapasos en enfermedades cardíacas, control de hipertensión…), que pueden complementar de manera eficaz la atención clínica periódica y mejorar la rentabilidad de los tratamientos.

1.1. Diagnóstico de precisión y medicina personalizada

En los últimos años se están dedicando grandes esfuerzos a la consolidación de la medicina personalizada de precisión, que permitirá adaptar de una manera más individualizada el diagnóstico y las medidas terapéuticas o preventivas.

Tradicionalmente la patología (estudio de los cambios estructurales, bioquímicos y funcionales que subyacen a la enfermedad en las células, tejidos y órganos) ha utilizado herramientas moleculares, microbiológicas, inmunológicas y técnicas morfológicas[5]. Más aún, el desarrollo tecnológico

Transformación Digital de los entornos de trabajo ante la actual crisis sanitaria", en *Informática más Salud. Revista de la Sociedad Española de Informática y Salud*, núm. 142, diciembre 2020, Especial "El papel de las TIC en la gestión de la crisis por la COVID-19", págs. 8 y sigs.]

[5] *Vid*. Robins y Cotran, *Patología estructural y funcional*, 8 edic. Kumar, Abbas, Fausto, Aster. 2010, p.4. Elsevier Saunders

moderno de las herramientas de investigación ha permitido enormes avances en el conocimiento histológico (estudio de la estructura microscópica del material biológico -biología celular y molecular- y de la forma en que se relacionan tanto estructural y funcionalmente los distintos componentes individuales), fundamental para la medicina y para la biología: la microscopía electrónica (ME), microscopio electrónico de transmisión (MET) o el microscopio electrónico de barrido (MEB), junto con las técnicas de histoquímica y citoquímica, inmunohistoquímica, técnica de hibridación in situ, radioautografía, cultivo de tejidos y órganos, centrifugación diferencial para separación de células y orgánulos[6]. Las pruebas genéticas constituyen hoy una herramienta de gran valor para el diagnóstico y pronóstico de enfermedades de alto impacto sanitario y gran impacto social como son las enfermedades raras, las oncológicas y las enfermedades sin diagnóstico, y además son clave para la selección y el seguimiento de tratamientos farmacológicos óptimos, lo que redunda en una mayor seguridad y eficiencia al utilizar las terapias dirigidas. Más recientemente, las tecnologías ómicas[7] (como la genómica, la transcriptómica, la proteómica, la metagenómica, la metatranscriptómica y la metabolómica, mediante plataformas como Illumina, Ion Torrent, Pacifics Biosciencies, Oxford Nanopore, 10X Genomics) de alto rendimiento a través de la identificación de nuevos biomarcadores y perfiles moleculares han demostrado su gran potencial para generar nuevos conocimientos en el estudio de algunos cánceres (como el cáncer de mama), mejorando también el diagnóstico, el pronóstico y la predicción de la respuesta al tratamiento[8]. A ello se unen las nuevas herramientas y técnicas de imagen, como la tomografía computarizada multicorte (TCMC).

La utilización de todos estos instrumentos de avanzada tecnología debe permitir un diagnóstico adecuado que, en última instancia, va a determinar la eficacia de las soluciones adoptadas. Con ayuda de las distintas tecnologías de gran fiabilidad y precisión (imagen, bioquímica, genómica, etc.) se puede avanzar hacia una medicina de precisión.

No obstante, el debate está situado hoy en el uso de herramientas y técnicas de diagnóstico asistido, no solo como soporte al diagnóstico del profesional. En los últimos años se están desarrollando algoritmos de diagnóstico asistido por ordenador, aplicados a la detección precoz de distintos tipos de cáncer (de pulmón, de mama, de colon), tanto en radiografía simple como en tomografía computarizada. La tomografía computarizada multicorte (TCMC) permite detectar un alto porcentaje de nódulos pulmonares (posibles cánceres), produciendo una gran cantidad de imágenes que puede generar un problema de información excesiva y dificultad para el diagnóstico por el radiólogo. El uso de algoritmos (el aprendizaje automático a través de diversas técnicas estadísticas, probabilísticas y de optimización permite al ordenador aprender de ejemplos anteriores y detectar patrones a partir de grandes conjuntos de datos) "se ha convertido en una parte vital de la investigación de imagenología médica en donde el diagnóstico y/o la evaluación precisa de una enfermedad depende tanto de la adquisición de imágenes como de la interpretación de las mismas", incrementando el peso de la radiología al diagnóstico médico"[9]. La finalidad del diagnóstico asistido por ordenador (DAO), o computer-aided diagnosis (CAD)[10] es señalar opacidades sospechosas en las imágenes que podrían

[6] *Vid*. Ross. Pawlina, *Histología. Texto y Atlas color con Biología Celular y Molecular*, 5 ed. 2011:1,2

[7] *Vid*. Quiroga, C., "Las tecnologías «ómicas»: situación actual y desafíos futuros", *Rev Argent Microbiol*. 2016; 48(4):265-266

[8] *Vid*. Frigolet, M.E., Gutiérrez-Aguilar, R., "Ciencias "ómicas", ¿cómo ayudan a las ciencias de la salud?" *RDU- Revista Digital Universitaria*. *Universidad Nacional Autónoma de México*, 2017; 18 (7) https://www.revista.unam.mx › vol.18 › num7 › art54

[9] *Vid*. Almeida Cintra, N., "Diagnóstico clínico asistido por computadora: avances tecnológicos y su impacto social". IV Conferencia Científica Internacional UCIENCIA 2021. https://repositorio.uci.cu/jspui/bitstream/123456789/9878/1/UCIENCIA_2021_paper_466.pdf

[10] "El diagnóstico asistido por ordenador (DAO) es un procedimiento que utiliza un software basado en algoritmos creados para identificar regiones sospechosas de malignidad que señalará, posteriormente, con una marca (asterisco, triángulo, figura ovalada, etc). No se conocen detalles acerca de los parámetros utilizados en el desarrollo algorítmico. El sistema puede ser aplicado sobre cualquier imagen digitalizada (resonancia magnética nuclear, tomografía computerizada, ultrasonidos, radiografía convencional, etc.), aunque fundamentalmente ha sido desarrollado para

representar cáncer, llamado la atención del radiólogo para que lo tenga en cuenta, mejorando así la capacidad diagnóstica del especialista[11]. Las nuevas herramientas y técnicas de diagnóstico asistido se caracterizan casi todas ellas por hacer una interpretación o tratamiento previo de los datos del paciente, aunque la decisión final recaiga en el profesional sanitario

También en el campo de la patología se está incorporando progresivamente la incorporación de la imagen digital microscópica o Patología Digital, que al mismo tiempo abre la posibilidad de incorporar la Inteligencia Artificial (Patología Computacional) para el desarrollo de algoritmos de interpretación patológica y de cuantificación de biomarcadores (patrones morfológicos identificados por inteligencia artificial y datos genómicos, que permitan comprender problemas específicos como la heterogeneidad tumoral o el diagnóstico de problemas complejos (trasplante renal, esteatohepatitis)[12].

Pero el diagnóstico asistido por ordenador o la patología digital o computacional plantean algunas cuestiones relevantes, como analizar bien los sesgos en los datos y la calidad de los modelos, llevar a cabo un estudio previo de la viabilidad de acceso a información cuando está almacenada en diversas fuentes que alimentan a los modelos, realizar una correcta interpretación de los falsos negativos o positivos y determinar la responsabilidad de la decisión[13]. Todos estos aspectos son necesarios para que la utilización de las nuevas tecnologías, a partir del tratamiento masivo de datos, no provoque umbrales de error. Parece claro que los sistemas de apoyo a la decisión clínica en el ámbito médico, mediante la implantación de algoritmos de IA, particularmente en el campo de la radiología, va a ser una realidad, pero no obstante es necesario definir en qué patologías es posible un diagnóstico totalmente automatizado, si éste prevalece sobre el criterio del profesional, o quien asume

imágenes de mama, pulmón y colon. Su aplicación sobre cerebro, hígado y columna vertebral se encuentra en desarrollo, al igual que su uso en oftalmología y dermatología". "La interpretación de la mamografía digital con el uso del DAO requiere varias etapas. En primer lugar, el profesional sanitario hace su lectura habitual e interpretación de la mamografía. En segundo lugar, activa el DAO para que éste procese la imagen e identifique las regiones sospechosas, si las hay. Por último, el profesional reevalúa la mamografía comparando su interpretación personal con el resultado del DAO. De esta forma, el objetivo de este sistema no es sustituir al radiólogo en la lectura de la mamografía, sino ayudarle en la identificación de lesiones potencialmente malignas. De esta manera, podría mejorar la detección de posibles alteraciones patológicas que hubieran sido pasadas por alto con el ojo humano". "Existen diferentes tipos de sistemas de DAO disponibles en el mercado y otros se están desarrollando, tanto por casas comerciales, como por grupos de investigación. Los más destacados son: • ImageChecker (R2 technologies Inc., Sunnyvale, CA, USA): este fue el primer sistema desarrollado en 1998 por R2 Technology y centrado en la mamografía digital. En ese año fue también aprobado por la FDA. En 2006 Hologic, Inc. adquirió esta tecnología. • Second Look (ICad Systems, Canada): aprobado por la FDA en 2006 y aplicado a la mamografía digital. • Mammex TR (Scanis, Inc., Foster City, CA, USA): desarrollado de forma conjunta con Center for Medical Image Analysis of TRW Healthcare Solutions (Pleasanton, CA, USA; business unit of TRW, Inc., Cleveland, OH, USA). • Kodak Mammography Computer-Aided Detection System (Kodak Health Group now Carestream Health, Inc. Rochester, NY, USA). • ERLM Fuji®. • IssiCAD (Intelligent system, Inc.) • Image Clear (Titan Systems, Inc.)". Cfr. Fernández Prada, M., Llanos Méndez, A., Gómez, R.I., *Eficacia del diagnóstico asistido por ordenador aplicado al cribado de cáncer de mama*. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, 2013. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Serie: Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

[11] *Vid*. Suárez Cuenca, J.J., *Desarrollo de un sistema de diagnóstico asistido por computador para detección de nódulos pulmonares en tomografía computarizada multicorte* (Tesis en acceso abierto en: MINERVA) https://dialnet.unirioja.es. Señala Suárez Cuenca que "De esta manera, los métodos computarizados para la detección automática de nódulos pulmonares se convierten en una posibilidad muy atractiva. La evaluación sobre el rendimiento del sistema se ha analizado, como es común en este tipo de estudios, mediante las curvas FROC (Free-response Receiver Operating Characteristic) realizando para ello un análisis de la sensibilidad, y del número de falsos positivos".

[12] *Vid*. Matías-Guiu, X., García Rojo, M., "Incorporación de la Patología Digital en la práctica de Anatomía Patológica". *Informática más Salud. Revista de la Sociedad Española de Informática y Salud*, Especial "Incorporación de la patología digital en la práctica de anatomía patológica" 2020; 140:6-9

[13] *Vid*. Cisneros, M. A. (coord.): "Taller 4. Algoritmos 'AD HOC' vs 'AD SCIENTIA', en *Informática más Salud. Revista de la Sociedad Española de Informática y Salud*, Especial "El papel de las TIC en la gestión de la crisis por la COVID-19" 2020; 142: 45-46

la responsabilidad en caso de error cuando no ha habido intervención humana[14]. También en relación con la generalización de la Patología Digital en servicios de Anatomía Patológica va a ser necesario exigir que se establezcan recomendaciones legales y técnicas relativas a la acreditación de la calidad y a la integración del sistema de información, así como obligaciones relativas al mantenimiento o no de las preparaciones histológicas que se hayan escaneado o sobre el mantenimiento del repositorio de imágenes de un servicio.

En cualquier caso, la introducción de la IA y las nuevas tecnologías en el ámbito sanitario está cambiando progresivamente el modelo asistencial al poner en el centro de la atención médica al paciente. Los avances tecnológicos permiten intervenciones más seguras en la prevención, el diagnóstico y la recuperación del paciente, repercutiendo en los indicadores de resultados en salud y en el incremento de la esperanza y calidad de vida[15]. El desarrollo de las ciencias "-ómicas" (genómica, interactómica, metabolómica, metagenómica, proteómica, epigenómica, lipidómica, alimentómica o foodomica, secretómica, glicomica, transcriptómica) y el uso de biomarcadores permitirá su utilización para llevar a cabo un diagnóstico temprano de la enfermedad o para prevenir su desarrollo. La medicina podrá convertirse en medicina personalizada, con el desarrollo de nuevos productos con mayor impacto en la salud y la incorporación de Terapias Avanzadas de efectividad probada, donde se podrán impulsar soluciones de atención personalizada de modo que cada persona pueda tener un tratamiento para una determinada enfermedad acorde a su información genética y a su medio ambiente, que aumenten la eficacia de los tratamientos y la calidad de vida de las personas. La genómica y la bioinformática son claves para lograr el diagnóstico de precisión que permita una medicina personalizada. Así, las pruebas genéticas constituyen una herramienta de gran valor para el diagnóstico y pronóstico de enfermedades de alto impacto sanitario y gran impacto social como son las enfermedades raras, las oncológicas y las enfermedades sin diagnóstico, y son clave para la selección y el seguimiento de tratamientos farmacológicos óptimos, lo que redunda en una mayor seguridad y eficiencia al utilizar las terapias dirigidas

En esa línea, recientemente, el Ministerio de Sanidad ha anunciado que se está preparando el *Plan 5P del Sistema Nacional de Salud (medicina personalizada, precisa, predictiva, preventiva y participativa)* para avanzar en la medicina personalizada de precisión. Esta Estrategia de Medicina Personalizada requiere crear un plan de actualización y ampliación de la infraestructura para los centros sanitarios para la consolidación de la medicina personalizada de precisión, que permitirá adaptar de una manera más individualizada el diagnóstico y las medidas terapéuticas o preventivas. Será necesario dotar de importantes recursos al Sistema Nacional de Salud para la realización de las pruebas genéticas y genómicas, así como para el almacenamiento, procesamiento y análisis de los datos derivados de las mismas. También con el objetivo de adecuar el Sistema Nacional de Salud a las innovaciones sanitarias y a las técnicas más avanzadas, el Ministerio de Sanidad ha designado 14 nuevos centros hospitalarios a la red de terapias avanzadas en el Sistema Nacional de Salud, para atender a pacientes adultos con linfoma B de células grandes, con linfoma de células de manto, con mieloma múltiple y con leucemia linfoblástica aguda, tanto en adultos como en pediatría.

1.2. Monitorización en pacientes crónicos o en enfermedades más recurrentes

El desarrollo de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (5G, IPv6, la nube/cloud, la ciber-seguridad, el Big Data y la Inteligencia Artificial) están permitiendo ya -y se irá incrementando en el futuro- no sólo la medicina Personalizada, Precisa, Preventiva y Predictiva, sino

[14] *Vid*. Coll Clavero, J.I. y Sánchez Cassinello, P. (coords.): "Taller 3. Diagnóstico no asistido vs diagnóstico asistido", en *Informática más Salud. Revista de la Sociedad Española de Informática y Salud*, Especial "El papel de las TIC en la gestión de la crisis por la COVID-19" 2020; 142: 43-45.

[15] *Vid*. Almeida Cintra, N., "Diagnóstico clínico asistido por computadora: avances tecnológicos y su impacto social". IV Conferencia Científica Internacional UCIENCIA 2021. https://repositorio.uci.cu/jspui/bitstream/123456789/9878/1/UCIENCIA_2021_paper_466.pdf

también Participativa ("medicina 5P"). La digitalización de la medicina, a través del "Internet de las Cosas" (IoC) y en particular de los *wearables*, permite que el propio paciente se sitúe en el papel protagonista poniendo su información de salud de modo permanente en manos de los profesionales sanitarios y al mismo tiempo participando en el control de su salud (autocontrol).

Numerosos estudios resaltan desde hace tiempo la utilidad de la monitorización continua de los pacientes, que permite el diagnóstico preventivo frente a eventos adversos o frente a la posibilidad de agravamiento de la dolencia. Esta monitorización está especialmente indicada en pacientes con enfermedades crónicas, como las enfermedades cardiovasculares (EC), diabetes mellitus (DM), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad Parkinson, cáncer y trastornos mentales, entre otras.

En los últimos años se está produciendo, a mucha velocidad, la proliferación de productos o soluciones IoT en el sector de la salud, que ofrecen a los sistemas sanitarios la posibilidad de mejorar sus procesos asistenciales y clínicos y transformar así la manera de cuidar de los pacientes. Como señala Oliva, se puede definir un *wearable*[16] (aplicado a la sanidad) como "una tecnología llevable, miniaturizada e integrada por los siguientes elementos: - sensores, capaces de captar un evento o magnitud, como puede ser un paso, la saturación de oxígeno, la temperatura, la glucemia, la proximidad a una etiqueta RFID, un cambio de iluminación, la posición de nuestra mano, etc.; -actuadores, sólo cuando sean necesarios, por ejemplo, en una bomba de insulina; -comunicaciones inalámbricas, para recibir y enviar información; -computación para ejecutar el software que procese la información procedente de los tres elementos anteriores; -alimentación para proveer autonomía al conjunto"[17].

Mediante estas aplicaciones electrónicas se pueden monitorizar determinados parámetros que permiten hacer el seguimiento de un paciente y de su estado de salud: la temperatura corporal, la saturación de oxígeno, la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal, el valor de INR en sangre capilar (tiempo de protrombina, índice que el tiempo que tarda en coagularse la sangre de una persona, en los pacientes anticoagulados[18]), la glucosa (mediante la monitorización continua de glucosa, MCG), entre otros.

De esta forma, mediante un software y una aplicación móvil es posible la monitorización de los pacientes a distancia y de forma permanente, el autocontrol del propio paciente, así como el trabajo en red entre profesionales y pacientes. Experiencias de este tipo se han llevado ya a cabo, como en el autocontrol de los pacientes anticoagulados[19] (pacientes crónicos que siguen un tratamiento

[16] Se denomina *wearable* a las soluciones que llevarán las personas consigo en forma de cascos, gafas, lentillas, auriculares, ropa, zapatos, guantes, anillos, brazaletes, parches sobre la piel o dispositivos implantados.

[17] Cfr. Oliva Pérez, J.C., "Un día cualquiera", *Informática más Salud. Revista de la Sociedad Española de Informática y Salud*, Especial "Wearables - Internet of Things", 2021; 146:6-7; Mayer, M.A., "Los *Wearables* y sus aplicaciones en Medicina", *Informática más Salud. Revista de la Sociedad Española de Informática y Salud*, Especial "Wearables - Internet of Things", 2021; 146:32-34.

[18] *Vid*. Durán Parrondo, C., Rodríguez Moreno, C., Tato Herreo, F., Alonso Vence, N., Lado Lado, F. L., "Anticoagulación oral", *An. Med. Interna* (Madrid) vol.20 no.7 jul. 2003, que señalan que "Actualmente existen monitores portátiles que determinan el INR en sangre capilar. Este método presenta la ventaja del control en el domicilio del paciente, disminuyendo el número de visitas al hospital".

[19] Esto implica que cada 3-4 semanas, el paciente deberá acudir a su centro de salud u hospital para realizarse una punción capilar en el dedo y mediante un coagulómetro obtener su valor de INR, en función de la cual el profesional sanitario define la dosis de fármaco que debe tomar y la pauta diaria. La medida alternativa es que el paciente, después de haber recibido una formación completa, controle él mismo su INR y ajuste la dosis del medicamento desde su domicilio (autocontrol del TAO). Mediante herramientas digitales como aplicaciones para móviles (como TAONET® Mobile), el paciente puede controlarse en cualquier momento y desde cualquier lugar y transmitir o introducir el resultado, ajustar la dosis del fármaco (conforme a unas tablas de dosificación que la aplicación ya dispone) y obtener la pauta con la dosis diaria. La aplicación móvil permite que estos pacientes puedan seguir siendo monitorizados de forma virtual, controlando su tratamiento de manera integral y conectándolo con su médico. *Vid*. Menéndez-Jandula B, Souto JC, Oliver A, Montserrat , Quintana M, Gich I, Bon fill X, Fontcuberta J., "La

anticoagulante oral, que requieren controles rutinarios para controlar su tratamiento ajustando las dosis del fármaco que deben tomar); la monitorización constante de los pacientes en planta; plantillas inteligentes (aplicación de sensores inteligentes sobre plantillas conectadas a soluciones software en el móvil) aplicadas en pacientes con esclerosis múltiple; monitorización de personas mayores en el hogar.

Entre estas experiencias destaca, por su mayor desarrollo, la aplicación de la tecnología al tratamiento de la diabetes, donde la implantación de la telemedicina está bastante extendida en algunas capas de la sociedad. Existe ya una amplia gama de herramientas electrónicas para el control y manejo de esta patología ("digital diabetes tools", como sistemas de infusión de insulina, sistemas flash, smart pens y sistemas de monitorización en tiempo real) y los profesionales sanitarios disponen de una buena formación en estas tecnologías digitales[20]. Entre estos sistemas destaca el sistema de monitorización continua de la glucosa "flash" que está indicado para medir los niveles de glucosa en el líquido intersticial en sujetos con diabetes mellitus. Es un dispositivo que consta de un lector y un sensor (éste tiene un catéter que se coloca mediante un aplicador y se mantiene el contacto con la piel mediante un adhesivo), mediante los cuales se genera una lectura continua de glucosa en tiempo real y no es necesaria una calibración con glucemias capilares[21]. Este sistema reduce complicaciones agudas de la diabetes y ha representado un avance importante para las personas con diabetes, tanto por la mayor calidad de información que proporciona, como por su comodidad. Se trata de un sistema de gran sencillez y fiabilidad que ha hecho que su uso sea ya una realidad incuestionable, por su utilidad para el paciente y para el sistema sanitario en cuanto a reducción de costes.

En este mismo ámbito, además de la monitorización digital de la glucosa, también se han incorporado tecnologías digitales al tratamiento de la enfermedad, como la terapia con infusión subcutánea continua de insulina (ISCI). La "bomba de insulina" es un pequeño dispositivo del tamaño de un teléfono móvil que administra insulina de forma continuada. Consta fundamentalmente de dos partes: el infusor de insulina y el catéter de conexión. El infusor propiamente dicho es una microcomputadora que ha sido programada previamente para infundir insulina de manera continua las

digitalización del autocontrol del TAO", *Informática más Salud. Revista de la Sociedad Española de Informática y Salud*, Especial "Wearables - Internet of Things", 2021; 146:6-7.

[20] *Vid*. "Tecnología y diabetes en España", IS 146, p 26-28

[21] *Vid*. ENDOCS. Endocrinología i Nutricio. https://www.endocrino.cat/es/blog-endocrinologia.cfm/ID/11239/ESP/sistema-flash-freestyle-libre--.ht

Como indica Enric Esmatjes Mompó, de la Unidad de Diabetis del Hospital Clínic. IDIBAPS, "Este sistema determina la glucosa de forma continua, indicando la tendencia evolutiva de la glucemia y permitiendo al paciente predecir cuales pueden ser sus niveles a corto plazo. Cuando el paciente escanea el sensor, con un dispositivo específico o con su teléfono móvil, se proporciona el valor de la glucemia actual y el de las 8 horas previas. De este modo, el paciente puede adoptar medidas preventivas de la hiper e hipoglucemia. El único sistema "flash" que existe en el mercado es el FreeStyle Libre (FSL), por lo que es lógico que tenga una gran implantación en los países desarrollados y que sea financiado por la mayoría de los sistemas públicos de salud". "En un estudio llevado a cabo en la Universidad de París, se analizaron durante un año las hospitalizaciones por hiperglucemia, hipoglucemia grave, cetoacidosis y comas relacionados con la diabetes. Participaron pacientes con diabetes tipo 1 (DM1) y tipo 2 (DM2), bajo tratamiento con sistema "flash", y se comparó su evolución con el año previo sin monitorización continua de la glucosa. La muestra incluyó 74.011 individuos, el 45% con DM1 y el 55% con DM2. De ellos, el 88% eran tratados con múltiples dosis de insulina o con bomba de insulina. El uso de sistema "flash" mostró una espectacular reducción de los ingresos por descompensaciones de la diabetes, concretamente del 49,0% en personas con DM1 y del 39,4% en personas con DM2. La reducción más importante fue la de ingresos por cetoacidosis, que se redujeron a más de la mitad, (56,2% en DM1 y 52,1% en DM2), así como la de comas relacionados con la diabetes (39,6% en DM1 y 31,9% en DM2). Las hospitalizaciones por hipoglucemia e hiperglucemia disminuyeron en las personas con DM2 un 10,8% y un 26,5% respectivamente". https://www.clinicbarcelona.org/noticias/la-monitorizacion-de-la-glucosa-con-el-sistema-flash-reduce-compli aciones-agudas-de-la-diabetes#:~:text=Este%20sistema%20indica%20la%20tendencia,de%20las%208%20horas%20previas.

24 horas del día. La principal razón para recomendar la terapia con bomba de insulina, especialmente en pediatría, es la mejora de la calidad de vida de la persona con diabetes o sus cuidadores[22].

Se puede decir, en definitiva, que la digitalización de la diabetes ha supuesto un cambio sustancial en la manera en que se trata la enfermedad, tanto respecto a los pacientes como a los profesionales. Permite acceder a la información en tiempo real y descargar dicha información en plataformas informáticas para su análisis, proporcionando información que permite un control metabólico del paciente.

Todas estas soluciones tecnológicas que se están incorporando en el ámbito de la sanidad van a tener un mayor impacto en la vida de los pacientes crónicos, en las enfermedades más recurrentes y en los propios sistemas sanitarios.

1.3. Historia clínica digital

La historia clínica es el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial (art. 3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica).

Conforme establece la Ley de Autonomía del Paciente, la historia clínica debe comprender el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro. Cada centro debe archivar las historias clínicas de sus pacientes, cualquiera que sea el soporte en el que consten (papel, audiovisual, informático o de otro tipo), de manera que queden garantizadas su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información.

La historia clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente, por lo que los profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a la historia clínica de éste como instrumento fundamental para su adecuada asistencia. Pero se reconoce al paciente el derecho a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de salud tanto en el ámbito de atención primaria como de atención especializada; así como el derecho de acceso a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella

Su final dad principal es facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud. Por ello, la historia clínica debe contener la hoja clínicoestadística, la autorización de ingreso, el informe de urgencia, la anamnesis y exploración física, la evolución, las órdenes médicas, la hoja de interconsulta, los informes de exploraciones complementarias, el consentimiento informado, el informe de anestesia, el informe de quirófano o de registro del parto, el informe de anatomía patológica, la evolución y planificación de cuidados de enfermería, la aplicación terapéutica de enfermería, el gráfico de constantes, el informe clínico de alta, si bien algunos de estos datos serán solo exigibles cuando se trate de procesos de hospitalización.

Un aspecto fundamental para garantizar sus fines (facilitar el mejor y más oportuno conocimiento por los facultativos de los datos de un determinado paciente en cada proceso asistencial) es que la historia clínica se lleve con criterios de unidad y de integración. La Ley de Autonomía del Paciente establece la unidad e integración de la historia clínica "en cada institucional asistencial como mínimo".

[22] *Vid*. Fundación para la Diabetes Novo Nordisk (página web) https://www.fundaciondiabetes.org/infantil/185/bomba-de-insulina-ninos

La aplicación de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación ha permitido que en muchos sistemas asistenciales se haya ido implantando una historia clínica única. Ejemplos de esto son el sistema de historia clínica único que se estableció en el Sistema de Atención Primaria del Sistema Catalán de Salud o el Sistema Andaluz de Salud, o el modelo, más ambicioso, implantado en el Servicio Aragonés de Salud, donde se llevó a cabo el Proyecto GUHARA -Global y Única Historia Clínica de Aragón- para permitir la transición hacia un modelo de continuidad asistencial centrada en el paciente, frente a la atomización o fragmentación, a nivel de centros y especialidades, existente con anterioridad[23] y Proyectos similares se implantaron en Andalucía y en otras Comunidades Autónomas).

La historia clínica digital permite también facilitar una mayor información al paciente de forma que éste sea más partícipe del proceso asistencial. En cada una de las Comunidades Autónomas se han establecido sistemas de acceso telemático a la historia clínica (o los datos principales de la misma) para los ciudadanos.

Así, por ejemplo, a través de la Oficina Virtual del sistema sanitario público de Andalucía ClicSalud+ implantada en el Servicio Andaluz de Salud cada ciudadano (certificado digital, DNI electrónico o Cl@ve) puede consultar telemáticamente información sobre su propia salud, sus citas tanto pasadas como futuras, los episodios más importantes de su historia clínica y aspectos como la medicación que está tomando, alergias y contraindicaciones. Los contenidos a tu disposición en esta plataforma incluyen resultados de analíticas, así como pruebas de imagen y el informe de cada estudio realizado, además de datos específicos sobre incapacidades laborales tales como motivo de las mismas o fecha de recogida del siguiente parte de seguimiento. No obstante, la información contenida en ClicSalud+ es un resumen - no la totalidad - de la que consta en este momento en historia clínica. En el sistema se incluye además el acceso a un histórico de los ingresos donde se reflejan también los diagnósticos y procedimientos principales experimentados desde 2006, así como los informes clínicos. La información disponible se actualiza en el momento en que se producen cambios en la historia de salud y puede consultarse desde cualquier dispositivo (e incluso descargar los archivos como documentos separados en formato PDF) y acceder a un apartado con los datos personales. La historia clínica digital ya está implantada en todos los centros de atención primaria del sistema y se puede acceder a ella desde las urgencias y las consultas externas de los hospitales del Servicio Andaluz de Salud y desde las unidades de cuidados Críticos y Urgencias. El contenido de ClicSalud+ tiene carácter meramente informativo y no sustituye ni equivale a la información facilitada por los profesionales (sin perjuicio del acceso al contenido de la historia de salud, previa solicitud, en los centros sanitarios)[24].

La mayor parte de los estudios ponen de manifiesto la importancia de que la Historia Clínica de Salud sea única independientemente de donde se genere y donde se consulte, que incluso pueda ir avanzando hacia una "Historia Clínica sin fronteras", de modo que pueda ser compartida con otros ámbitos territoriales supranacionales. No se puede obviar, sin embargo, las limitaciones que esto encuentra actualmente, pero es un objetivo que ya está planteado al menos en el ámbito de la Unión Europea. Entre los beneficios que la historia clínica digital presenta para los ciudadanos, los profesionales y el propio sistema, destacan: facilita el proceso diagnóstico y de tratamiento de los pacientes, garantiza una atención sanitaria de calidad en casos de movilidad; reduce la reiteración de estudios diagnósticos; aporta seguridad en el acceso a los datos y garantiza confidencialidad; permite una organización más eficiente de la actividad y de los procesos de soporte

En el ámbito nacional se ha llevado a cabo el "Proyecto HCDSNS", liderado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en el marco del Programa Sanidad en Línea, en colaboración con la Entidad Pública Empresarial red.es, con las 17 Comunidades Autónomas y

[23] *Vid*. Coll Clavero, J.I., "GUHARA: Global y Única Historia Clínica de Aragón", 136 INFORMÁTICA + SALUD _ 19-22

[24] https://www.juntadeandalucia.es/temas/salud/servicios/historia.html

con el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), encargado de la asistencia sanitaria pública en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla. La Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (HCDSNS) tiene como finalidad garantizar a ciudadanos y profesionales sanitarios el acceso a la documentación clínica más relevante para la atención sanitaria de cada paciente. En ella se incluye documentación que se encuentre disponible en soporte electrónico en cualquier lugar del SNS, asegurando a los ciudadanos que la consulta de sus datos queda restringida a quien esté autorizado para ello. Los ciudadanos pueden acceder a HCDSNS a través de la página Web habilitada por el Servicio de Salud en el que está activa su Tarjeta Sanitaria Individual. Es requisito imprescindible autentificar su identidad utilizando un Certificado Digital (DNI electrónico u otro soporte) admitido por el Servicio de Salud.

El Proyecto de HCDSNS surge para responder a las necesidades de los ciudadanos cuando éstos requieren atención sanitaria fuera de la Comunidad

La Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (HCDSNS) tiene como finalidad garantizar a ciudadanos y profesionales sanitarios el acceso a la documentación clínica más relevante para la atención sanitaria de cada paciente. Su orientación estratégica no es el acceso de profesionales y ciudadanos a la totalidad de los contenidos existentes en la Historia Clínica de las Comunidades Autónomas sino sólo a aquel conjuntos de datos que sean relevantes desde el punto de vista clínico porque resumen lo esencial del contenido de la historia clínica del ciudadano, es decir compartir un conjunto de datos clínicos relevantes.

Permite a los profesionales el acceso a los conjuntos de datos de salud de un paciente y a sus imágenes, quedando limitado el acceso a un uso estrictamente asistencial (sólo cuando el paciente demanda asistencia sanitaria de un profesional fuera de la Comunidad Autónoma en la que reside) y con un permiso de acceso asociado a grupo, de manera que cada uno de los dos grupos asistenciales definidos en este sistema, médicos y enfermeras, accede sólo a los contenidos necesarios para el desempeño de su función.

Para los ciudadanos, el sistema ofrece el a*cceso a los conjuntos de datos personales sobre su salud* (a los informes que conforman su HCDSNS, que se encuentran custodiados en cada una de las Comunidades Autónomas en que se han generado, a través de la web habilitada por su Servicio de Salud); el acceso al *Registro de Accesos producidos a sus conjuntos de datos (disponiendo de información a* los accesos realizados desde este sistema a sus propios conjuntos de datos, a fin de poder verificar la legitimidad de los mismos, disponiendo de información relativa al momento en que se realizó el acceso, Servicio de Salud, centro sanitario y servicio desde el que se realizó cada acceso, así como las características del documento electrónico accedido); y la posibilidad de *ocultar aquellos conjuntos de datos que no deben ser conocidos por profesionales distintos de quienes habitualmente le atienden*[25].

Pese a los indudables avances en los sistemas de historia clínica electrónica, en cuanto a su disponibilidad y accesibilidad desde los distintos dispositivos de atención a los pacientes, son necesarias nuevas actuaciones que permitan impulsar la interoperatividad de los sistemas de historia clínica digital. Como se señala en la "Estrategia de Salud Digital", aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, es necesario la "Ampliación y mejora de los servicios de interoperabilidad del SNS que permiten la circulación de personas y de información clínica, tanto en su alcance funcional como en su soporte técnico, mejorando su usabilidad". Para ello, en la "Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud", dentro de las áreas de ejecución del Ministerio de Sanidad con la participación de las CCAA, se proponen una serie de actuaciones: - Fomentar la adopción de estándares y buenas prácticas para el funcionamiento de la Historia de Salud Digital

[25] Instituto de Información Sanitaria. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), *Sistema de Historia Clínica Digital del SNS* [HCDSNS_Castellano.pdf] https://www.sanidad.gob.es/profesionales/hcdsns/home.htm https://www.sanidad.gob.es/profesionales/hcdsns/Accesos_HCD_SNS.htm

y de la e-Receta interoperable del SNS. -Avanzar en la plena interoperabilidad de la información clínica entre servicios de salud y en la integración de los datos esenciales de cada persona en el conjunto del SNS, adoptando, preferentemente, modelos de datos clínicos con estándares abiertos. - Reforzar el sistema de información de Población Protegida que dota a cada persona de una identidad única en el conjunto del SNS y establecer el acceso al mismo desde todos los centros sanitarios. - Promover y apoyar los recursos de identificación digital necesarios para el acceso de profesionales y pacientes a los diferentes servicios digitales del SNS. - Lograr la plena integración en los proyectos europeos de interoperabilidad de la historia clínica resumida y la e-Receta. - Implantar un sistema de información de programas poblacionales de cribado que incluya los programas de la cartera común del SNS, para la evaluación y seguimiento de los mismos, contribuyendo a mejorar su cobertura y los tiempos para su abordaje clínico. - Impulsar la cooperación interadministrativa, especialmente con los servicios sociales para la atención coordinada de las personas que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad sanitaria y social[26].

Se plantea también, dentro de las áreas de actuación de colaboración entre las Comunidades autónomas, la evolución de los actuales sistemas de historia clínica electrónica hacia una Historia Digital de Salud (HSD) en el marco de la nueva atención sanitaria 5P (Poblacional, Preventiva, Predictiva, Personalizada y Participativa), totalmente digital, interoperable a nivel nacional e internacional y centrada en la persona/paciente (la información sigue al paciente), con el objetivo de asegurar tanto la calidad de su atención sanitaria como la eficiencia y equidad de las actuaciones del SNS. Para ello, en la "Estrategia de Salud Digital" se proponen las siguientes actuaciones: - Renovar, ampliar y normalizar las actuales HCE (Historias Clínicas Electrónicas) reorientándolas a un nuevo modelo de HSD (Historia de Salud Digital) integrado, tecnológicamente avanzado y compartido a nivel nacional, que constituya el elemento central de todo un sistema sanitario digital centrado en las personas. Esta HSD debe ser inteligente, avanzando más allá del registro de la actividad realizada haciendo compatible la interacción y control del paciente sobre el uso de sus datos, con la incorporación de nuevas capacidades tecnológicas y nuevas fuentes de datos - por ejemplo, dispositivos IoT- que faciliten a los y las profesionales su actividad, incrementando su competencia en prevención, diagnóstico y tratamiento. Esta nueva HSD será el punto central de los nuevos Servicios Digitales de Salud en el SNS, así como el eje de una aproximación activa y preventiva al bienestar de la ciudadanía, contribuyendo del mismo modo a la mejora de los sistemas de vigilancia de la salud[27].

El impulso a la historia clínica digital única debe, en cualquier caso, garantizar el acceso a la misma y que se cumplan normas estrictas de protección de los datos sanitarios y de seguridad de las redes y los sistemas de información en los que se basan estos sistemas. La Ley de Autonomía del Paciente reconoce el derecho del paciente a que los centros sanitarios establezcan un mecanismo de custodia activa y diligente de las historias clínicas. Dicha custodia permitirá la recogida, la integración, la recuperación y la comunicación de la información sometida al principio de confidencialida [28].

[26] *Vid*. *Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud*, 2 de diciembre de 2021, pág. 30. https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pdf/Estrategia_de_Salud_Digital_del_SNS.pdf

[27] *Vid*. *Vid*. *Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud*, 2 de diciembre de 2021, págs. 37-38. https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pdf/Estrategia_de_Salud_Digital_del_SNS.pdf

[28] En relación con el derecho de acceso del paciente a sus datos clínicos y con la obligación de confidencialidad que se establece, la Agencia Española de Protección de datos recibe múltiples solicitudes de tutela de derechos sobre el acceso a dichas historias. Así, se han recibido muchas solicitudes relacionadas con solicitudes de acceso a datos de clínicas dentales que formaban parte de cadenas o franquicias, y que han cerrado de forma precipitada. Los pacientes solicitan el acceso a sus historias clínicas para poder continuar el tratamiento en otras clínicas y se encuentran, en muchas ocasiones, que no les contestan ni se facilita la documentación solicitada. Las historias clínicas son recogidas por los servicios de salud de las Comunidades Autónomas que va facilitando las historias clínicas a los solicitantes.

También se ha producido un aumento del número de reclamaciones de acceso a la historia clínica de pacientes fallecidos que vivían en residencias, por parte de sus familiares directos. En algunos casos no se ha recibido contestación por parte del establecimiento; en otros se ha denegado el acceso a la historia clínica de su madre

1.4. Teleasistencia y telemedicina

Como se ha indicado ya, la salud digital (e-Health) permite, mediante la aplicación de los Big Data y la Inteligencia Artificial, la posibilidad de un diagnóstico precoz de las enfermedades y su prevención así como el desarrollo de servicios y terapias innovadoras, personalizadas y de precisión. Pero la aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación ha permitido también el desarrollo de la telemedicina y la telasistencia, es decir la prestación de servicios sociosanitarios a distancia mediante las TIC, permitiendo superar las barreras geográficas

Como se indica en la Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, el Consejo, el Comité Económico y Social Europep y el Comité de las Regiones "La telemedicina en beneficio de los pacientes, los sistemas sanitarios y la sociedad" (Bruselas, 4.11.2008 COM(2008)689 final), "la telemedicina es la prestación de servicios de asistencia sanitaria por medio de las TIC en situaciones en que el profesional sanitario y el paciente (o dos profesionales sanitarios) se encuentran en lugares diferentes. La telemedicina implica la transmisión segura de datos e información médica a través de texto, sonido, imágenes u otras formas necesarias para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la vigilancia del paciente. La telemedicina abarca una amplia variedad de servicios. Los que se mencionan más a menudo en las revisiones inter pares son la teleradiología, telepatología, teledermatología, teleconsulta, televigilancia, telecirugía y teleoftalmología. Otros servicios posibles son los servicios electrónicos de información, los centros de información en línea para pacientes, las consultas/visitas electrónicas a distancia y las videoconferencias entre profesionales sanitarios".

Pero la telemedicina tiene sus luces y sus sombras, especialmente respecto a la atención sanitaria a distancia mediante consultas/visitas electrónicas. Lo que, sin duda, se pone de manifiesto es que la teleasistencia debe ser siempre complementaria y nunca sustitutiva de la atención médica presencial y que su utilización sustitutiva debe ser sólo excepcional o en ámbitos determinados y concretos (como puede ser el seguimiento tras la atención sanitaria o quirúrgica o en caso de pacientes crónicos). En cualquier caso, no puede utilizarse en los servicios de urgencias por la propia naturaleza de la atención sanitaria que en ellos se presta. Estos sistemas han venido utilizándose ya parcialmente

fallecida a una de sus hijas por no haber sido ella la que firmó el contrato al ingresar en la residencia. También se ha recibido alguna reclamación por tratar de cobrar la copia de alguna de las pruebas realizadas, las radiografías, que forman parte de la historia clínica, en concreto las radiografías; o porque se ha facilitado parte de la historia clínica pero no la totalidad de la misma.

Por otra parte, la AEPD ha recibido algunas reclamaciones por accesos indebidos a historias clínicas por parte de profesionales que no tenían legitimación para ello. En la mayoría de las reclamaciones recibidas los accesos son a historias clínicas de compañeros de trabajo o de familiares. Las investigaciones que se realizan al recibir este tipo de reclamaciones van dirigidas a verificar tales accesos y su irregularidad, solicitando información al Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma en el que se haya producido, en primer lugar.

A título ilustrativo, se puede citar que se sancionó a un servicio de salud porque una médica de asistencia primaria había accedido a la historia clínica de la persona que había contratado para cuidar a su madre anciana, aunque no era una paciente suya, y al comprobar que estaba en tratamiento médico por depresión la despidió inmediatamente. Otro procedimiento resuelto por esta Agencia, cuya resolución es de fecha 21 de junio de 2021, es consecuencia del acceso a la historia clínica del reclamante por parte de una enfermera que no tenía legitimación para ello; quedando acreditados estos accesos por un certificado emitido por el Servicio de salud correspondiente que se envió a un Juzgado de Instrucción en el que se tramitaba una querella por revelación de secretos. Se ha sancionado al Servicio de salud al entender que las medidas de seguridad no eran suficientes y se había producido por ello una vulneración de la confidencialidad de la historia clínica del reclamante

La AEPD ha recibido también solicitudes de relacionadas con la supresión de datos en las historias clínicas. En estos casos, las solicitudes van dirigidas a supresiones de datos referidos a salud mental, especialmente, o a determinadas enfermedades que generan reproche social. Asimismo se han recibido reclamaciones en las que se debe dilucidar la condición de responsable del tratamiento de datos de pacientes, en los casos en los que el profesional sanitario es el que toma todas las decisiones sobre la atención a los mismos y al tratamiento de sus datos, aunque preste la asistencia sanitaria en un hospital.

Vid. Agencia Española de protección de datos: https://www.aepd.es/es/areas-de-actuacion/salud/principales-reclamaciones-en-materia-de-salud. Última revisión 10 de mayo de 2022.

de modo complementario a la asistencia presencial, pero con la pandemia de la COVID-19, como consecuencia de las limitaciones a la movilidad de los ciudadanos, de los riesgos de contagio y de la saturación de los centros sanitarios, se ha producido una aceleración importante de la implementación de estos sistemas. Sin embargo, su implantación y utilización ha tenido aciertos y desaciertos.

Entre sus aciertos, la implantación de herramientas que permiten la interconsulta no presencial, de modo que el médico de Atención Primaria puede consultar de manera telemática con los especialistas de su hospital, con la posibilidad también de asociar imágenes o documentos del paciente, pudiendo de esta manera realizar su valoración y ponerse en contacto con el paciente si fuese necesario[29]. García Osés et altri[30] refieren, por ejemplo, un proyecto de mejora en el Centro de Salud centrado en la derivación de pacientes pediátricos con patología dermatológica mediante el envío de imágenes digitales, a través de la consulta desde el Centro de Salud al Servicio de Dermatología del Sector, concluyendo una alta resolución de las consultas realizadas y una óptima comunicación entre profesionales, valorada positivamente por profesionales y usuarios. No obstante, destaca en el estudio la recomendación de centralizar un responsable en Dermatología que responda a las consultas.

La telemedicina permite mejorar el acceso a la atención médica especializada en zonas donde no hay suficient s especialistas o existen dificultades de acceso. La televigilancia puede mejorar la calidad de vida de los enfermos crónicos y reducir las estancias en los hospitales. Servicios como la teleradiología y la teleconsulta pueden contribuir a acortar las listas de espera, optimizar el uso de los recursos y posibilitar mejoras de la productividad.

Sin embargo, se plantean muchos problemas relacionados con la falta de infraestructuras, de medios y de personal, así como de falta de confianza de los pacientes en este sistema. Todo lo que se traduce, finalmente, en una atención sanitaria inadecuada

A partir de un estudio realizado en el Hospital Ruiz de Alda de Granada, los autores del mismo concluyen que el programa de atención telefónica se ha mostrado eficaz en los pacientes intervenidos de cirugía traumatológica para disminuir las visitas a urgencias tras el alta hospitalaria, a un coste reducido. Pero, no obstante, destacan que el programa hubiera tenido presumible un mayor impacto "si hubiésemos podido disponer de teléfono fijo (se utilizó un teléfono móvil para la recepción y la respuesta al paciente) y si el servicio no se hubiera limitado a 3 horas, tiempo condicionado por la financiación del proyecto y por la existencia en Andalucía del servicio *Salud responde*"[31].

En otro estudio sobre la utilización de la teleasistencia en el manejo de úlceras crónicas durante la pandemia de la COVID-19[32], los autores señalan la utilidad de la teleasistencia y telemedicina como

[29] *Vid*. Escudero, M., en *Informática + Salud, Revista de la Sociedad Española de Informática y Salud,* 2020, 142:18. En el mismo sentido, Ávila de Tomás, J.F., "Aplicaciones de la telemedicina en atención primaria", *Atención Primaria*. Vol. 27. Núm. 1. Enero 2001, pág. 136.

[30] *Vid*. García Osés, I., Martínez de Zabarte Fernández, J.M., Arnal Alonso, J.M., Puig García, C., Sánchez Zapater, A., García Latasa, F.J., "Telemedicina en atención primaria: ¿nuevo modelo de interconsulta?", *Bol Pediatr Arag Rioj Sor*, 2013; 43: 60, concluyendo en el estudio que ha existido una contribución positiva de la telemedicina a la asistencia sanitaria, por ello incluida como línea estratégica en el Acuerdo de Gestión 2013-2015 de los sectores sanitarios de Aragón.

[31] *Vid*. Herrera-Espineira, C., Rodríguez del Águila, M.M., Navarro Espigares, J.L., Godoy Montijano, A., García Priego, A., Gómez Rodríguez, J., Reyes Sánchez, I., "Efecto de un programa de atención telefónica tras el alta hospitalaria de una unidad de cirugía traumatológica", *Gac Sanit*. 2011;25(2):133-138, estudio realizado en la unidad de cirugía traumatológica el Hospital Universitario Virgen de las Nieves, elegido por ser uno de los servicios con más volumen de intervenciones quirúrgicas, lo cual permitiría evaluar los resultados en un área con fuerte impacto sobre el gasto sanitario.

[32] *Vid*. Lázaro-Martínez JL, Conde-Montero E, Alvarez-Vazquez JC, Berenguer-Rodríguez JJ, Galindo Carlos A, Blasco-Gil S, Blasco-García C, Martínez-Cuervo F, La teleasistencia en el manejo de úlceras crónicas en tiempos de Covid, *Rev ROL Enferm* 2021; 44(5): 338 (en abierto). Como presupuesto del estudio, los autores señalan que "Aproximadamente el 70 % de los pacientes con úlceras crónicas se tratan en Atención Primaria o en Centros Sociosaniatrios, por lo que la cancelación o reducción de la actividad presencial ha influido de forma directa en el seguimiento y cuidado de estos pacientes. Además, los confinamientos de la población y el miedo a acudir a

medidas "alternativas" para continuar con la asistencia y el seguimiento de estos pacientes durante la situación generada por la pandemia. Pero destacan también los resultados de un reciente estudio, realizado en Alemania[33], que describe que "el 66 % de los pacientes no pudieron ser atendidos por su médico o enfermera de atención primaria como lo hacían habitualmente. Además, la telemedicina no se presentó como una alternativa para estos pacientes, los cuales reusaron en su mayoría a usar estos servicios". Señalan asimismo, a partir de una encuesta realizada a un panel de expertos en heridas en España, compuesto por enfermeras, médicos y psicólogos (como consecuencia de la COVID-19, el 100 % de estos profesionales vieron afectada su actividad y en el 50 % la actividad fue cancelada), como, durante este período, "más del 60 % de los pacientes se trataron en su domicilio por parte de sus cuidadores o familiares, y en torno al 30 % de los pacientes desarrollaron complicaciones como consecuencia de la pérdida de seguimiento de los pacientes. En esta misma encuesta, el 70 % de los profesionales acudieron a la telemedicina como una herramienta de soporte y alternativa al seguimiento de los pacientes, pero los métodos y las herramientas utilizados fueron heterogéneos". La conclusión de estos autores es que "para ayudar al proceso de la teleasistencia, es necesario disponer de herramientas validadas y objetivas que permitan evaluar al paciente con un cierto grado de seguridad".

Es significativa también la experiencia de la teleasistencia a trastornos mentales en el ámbito penitenciario. Los autores de un estudio en este ámbito, destacan que "en la mayor parte de los casos es inapropiado llamar telepsiquiatría a lo que hemos realizado en estos meses pasados. Lo que se ha hecho en casi todas partes han sido simples llamadas telefónicas y algunas ocasionales vídeoconsultas". Pese a ello consideran que la teleasistencia debe ser considerada útil "cuando la alternativa es la no atención o la atención deficitaria y ocasional", pero "Desde una perspectiva ética o desde una perspectiva práctica debemos reflexionar sobre ella, no aceptarla o rechazarla a la ligera. Partiendo de que se trata de tecnologías complementarias, no sustitutivas. Hay que entenderlas como instrumentales, no como alternativas absolutas"[34].

En la línea mantenida por la Organización Mundial de la Salud y la Comisión Europea[35], la *Estrategia de salud digital del Servicio Nacional de Salud*[36] señala entre las actuaciones a realizar en el período en el período temporal de 2021 a 2026:

- Facilitar la accesibilidad de las personas al primer ámbito asistencial a través de herramientas digitales de comunicación, aplicables en determinados momentos de los procesos clínicos y especialmente relevantes para pacientes crónicos, zonas remotas o personas con dificulta para el desplazamiento a los centros de Atención Primaria, contemplando el acceso desde el domicilio y centros residenciales y teniendo en cuenta tanto la capacitación digital como las diversidades funcionales de las personas.

los centros sanitarios han impactado también en la atención de los pacientes con úlceras crónicas que han visto interrumpido el seguimiento de sus lesiones".

[33] *Vid*. Schlager JG, Kendziora B, Patzak L, Kupf S, Rothenberger C, Fiocco Z, French LE, Reinholz M, Hartmann D. Impact of COVID-19 on wound care in Germany. Int Wound J. 2021 Feb 7, citado por Herrera-Espineira, C., Rodríguez del Águila, M.M., Navarro Espigares, J.L., Godoy Montijano, A., García Priego, A., Gómez Rodríguez, J., Reyes Sánchez, I., "Efecto de un programa de atención telefónica tras el alta hospitalaria de una unidad de cirugía traumatológica", *Gac Sanit*. 2011;25(2):133-138.

[34] *Vid*. Teleasistencia en el ámbito penitenciario. About telecare in the prison. SampAEN, *Norte de salud mental*, 2021, vol. XVII, nº 64: 105-111. (en abierto)

[35] *Vid*. OMS, *Proyecto de estrategia mundial sobre salud digital 2020-2025* [OMS salud digital 2020-2025.pdf]; Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones *La salud electrónica - hacia una mejor asistencia sanitaria para los ciudadanos europeos: Plan de acción a favor de un Espacio Europeo de la Salud Electrónica* [Bruselas, 30.4.2004 COM(2004) 356 final

[36] *Vid*. *Estrategia de salud digital del Servicio Nacional de Salud.* Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación para el SNS, 2 de diciembre de 2021. Ministerio de Sanidad [Estrategia_de_Salud_Digital_del_SNS.pdf],

- Incorporar herramientas que permitan mejorar la gestión del tiempo de los y las profesionales, mediante la planificación de su actividad, una adecuada distribución de tareas entre los diferentes profesionales, ergonomía en el registro de datos y desburocratización, agilidad en el acceso a la información clínica, y posibilidad de diversificar el modo de relación con los pacientes a través de sistemas no presenciales.
- Poner a disposición de los y las profesionales la información clínica y diagnóstica pertinente y los sistemas de ayuda a la toma de decisiones que favorezcan el buen desempeño de los servicios y mejoren la capacidad resolutiva, asegurando el acceso desde los domicilios o los centros residenciales en su caso.
- Implantación de herramientas eficaces de relación entre profesionales y ámbitos asistenciales, incluidos aquellos que trabajan en centros sociosanitarios, que favorezcan la continuidad asistencial, la seguridad del paciente y la eficiencia operativa.
- Iniciativas que faciliten la convergencia con las estrategias de abordaje de la cronicidad, tanto para la gestión de pacientes como para la estratificación de la población y la adecuación de la población asignada a los y las profesionales en función de la carga de morbilidad y vulnerabilidad social.
- Incorporar herramientas que permitan capturar con facilidad información electrónica del medicamento eP: electronic Product Information, actualizada y dirigida a profesionales médicos y pacientes, por ejemplo, ficha técnica, prospecto y etiquetado.

En el ámbito privado están implementándose iniciativas de telemedicina o teleasistencia por algunas ONG para zonas de difícil acceso o que han quedado aisladas (así los "robots médicos" con los que se hacen revisiones médicas que se controlan desde otra zona o incluso otro país), o, de manera más generalizada, por parte de empresas privadas a través de apps con los teléfonos móviles (por ejemplo, el "servicio de telemedicina de Movistar Salud" que ofrece, con un coste reducido, "un sistema de atención primaria las 24 horas, 7 días a la semana" a través de la "Living App Movistar Salud" y que incluye secciones como "Consulta médica 24 horas", "Preevaluación de síntomas" o "Ponte en forma").

Pero donde la teleasistencia se ha ido implantando más es en el ámbito de la atención sociosanitaria, y en particular respecto a la atención a las personas en situación de dependencia, a través de los sistemas de servicios sociales de las Comunidades Autónomas. La teleasistencia es un servicio de atención social continuada y personalizada, orientado a personas que requieran algún tipo de ayuda o seguimiento durante las 24 horas del día todos los días del año, apoyado en las Tecnologías de la Información y la Comunicación y cuyo fin es el de mejorar la calidad de vida de los ciudadanos y ciudadanas, favoreciendo una mayor autonomía e independencia así como la permanencia e integración en su entorno familiar y social[37]. Estos servicios pretenden prevenir y dar respuesta inmediata ante situaciones de soledad y aislamiento social, de emergencia o inseguridad, aportando apoyo a las personas mayores, las personas con discapacidad y las personas en situación de dependencia, así como a sus cuidadores y cuidadoras. Además de los sistemas públicos de teleasistencia para personas en situación de dependencia, personas mayores, personas con discapacidad, etc., se ofrecen servicios de teleasistencia privados o por parte de algunas ONG[38].

[37] *Vid*. Junta de Andalucía, Servicio Andaluz de Teleasistencia. https://www.juntadeandalucia.es/agenciadeserviciossocialesydependencia/index.php/m-teleasistencia

[38] Así, por ejemplo, Servicios de teleasistencia y cuidados para las personas de Cruz Roja [https://www2.cruzroja.es/web/teleasistencia], dirigidos a personas convalecientes, personas mayores, personas con enfermedades crónicas, personas que viven o pasan tiempo solas, personas que pueden perderse o desorientarse, personas con movilidad reducida, personas ciegas o con dificult d visual, familiares o personas cuidadoras, personas embarazadas, personas

Dentro de la telemedicina una de las cuestiones que se están planteado es el empoderamiento y participación del paciente (*e-paciente*). En la actualidad, Internet facilita que se pueda disfrutar de un acceso, casi ilimitado, a todo tipo de información y recursos y es hoy muy frecuente que los pacientes busquen esta información. Sin embargo, estas conductas suelen generar confusión y ansiedad y por la falta de capacidad para seleccionar, entender y gestionar de forma efectiva dicha información. Además de que, existiendo una gran cantidad de recursos y de información en internet, están sin embargo mal organizados, son muy hetrogéneos y plantean numerosas dudas acerca de su calidad, su veracidad, su actualidad, y su relevancia. A lo que hay que añadir la falta de conocimientos y habilidades necesarias para gestionar dichos recursos por parte de los usuarios[39]. En los estudios realizados se pone de manifiesto que internet es la principal fuente de información sanitaria sobre temas específicos. El ciudadano busca información sanitaria fundamentalmente para reducir la incertidumbre cuando aparece algún síntoma o tiene algún diagnóstico reciente y la enfermedad aparece como una amenaza, o bien cuando se desea mejorar el control sobre algún aspecto relacionado con una enfermedad propia o de los demás, como en el caso de enfermos crónicos. Pero, pese a ello, todos los estudios indican que la fuente de información sanitaria con mayor credibilidad es el médico y que progresivamente va apareciendo una pérdida de confianza en la información que se obtiene en interne [40].

Pero las redes sociales pueden tener la utilidad de aumentar la participación del paciente en el proceso de atención sanitaria y de cuidados, siempre que se superen las actitudes reacias de pacientes y de profesionales y siempre que se planifiquen y se pongan en marcha de manera adecuada y sean liderados en todo caso por profesionales. Existen ya algunas experiencias de "comunidades virtuales para pacientes" a través de las redes sociales que pueden permitir mejorar la educación sanitaria y el seguimiento de los cuidados, como la plataforma de comunidades de pacientes *Forum Clinic* del Hospital Clinic de Barcelona[41], el *Espacio de Asociaciones* del Hospital Materno Infantil de Sant Joan de Dèu de Barcelona (que brinda servicios de redes sociales, Red Social APTIC, abierta no solo al propio hospital sino también a personas o asociaciones interesadas). Algunos autores, en una visión quizás excesivamente optimista, plantean que, "una vez que se puedan superar algunas de las barreras es más que probable que las herramientas *Social Media* pasen a formar parte de la 'cartera de servicios' de instituciones sanitarias"[42].

1.5. Obstáculos y problemas planteados en la salud digital

La Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones *Plan de acción sobre la salud electrónica 2012-*

con dificultad auditiva o del habla, adolescentes, personas deportistas, personas que salen al campo o a la montaña, centros de día y residencias.

[39] *Vid*. Basagoiti, I. y Fernández-Luque, L., "Compartir información sanitaria. ePacientes: comunicación e interacción", en Traver Salcedo, V. y Fernández-Luque, L. (coords.): *El e-Paciente y las redes sociales*. Fundación Vodafone España- Itaca. Fundación para la salud y el bienestar, Publidisa, pág. 50.

[40] *Vid*. Basagoiti, I. y Fernández-Luque, L., "Compartir información sanitaria. ePacientes: comunicación e interacción", en Traver Salcedo, V. y Fernández-Luque, L. (coords.): *El e-Paciente y las redes sociales*. Fundación Vodafone España- Itaca. Fundación para la salud y el bienestar, Publidisa, págs. 50-51.

[41] Forumclínic es "un programa interactivo para pacientes destinado a que aumenten su grado de autonomía con respecto a su salud, utilizando las oportunidades que brindan las tecnologías de la información y la comunicación. Aporta información rigurosa, útil, transparente y objetiva sobre la salud, al tiempo que favorece la participación activa de los pacientes y sus asociaciones". Este programa está liderado por los profesionales de los centros hospitalarios y de atención primaria de la Corporación Sanitaria Clínic, del Hospital Clínic de Barcelona, y ha contado con la financiación y el apoyo de la Fundación BBVA. *Vid*. Grau, I., Gallego, J.A. y Grajales, F.J., "Comunidades Virtuales Para Pacientes", en Traver Salcedo, V. y Fernández-Luque, L. (coords.): *El e-Paciente y las redes sociales*. Fundación Vodafone España- Itaca. Fundación para la salud y el bienestar, Publidisa, págs. 111 y sigs.

[42] *Vid*. Armayones, M. y Sánchez, C.L., "Nuevas tecnologías, nuevos actores", en Traver Salcedo, V. y Fernández-Luque, L. (coord.): *El e-Paciente y las redes sociales*. Fundación Vodafone España- Itaca. Fundación para la salud y el bienestar, Publidisa, p.32 y sigs.

2020: atención sanitaria innovadora para el siglo XXI (Bruselas, 6.12.2012 COM(2012) 736 final), ya señalaba la existencia de grandes obstáculos que impiden una mayor aceptación de la salud electrónica, entre ellas, la falta de conocimiento y confianza en las soluciones de la salud electrónica entre los pacientes, los ciudadanos y los profesionales de la salud; la falta de interoperabilidad entre las soluciones de la salud electrónica; la escasez de pruebas a gran escala de la rentabilidad de las herramientas y servicios de la salud electrónica; los altos costes iniciales de la puesta en marcha de sistemas de salud electrónica; o las diferencias regionales en el acceso a los servicios de las TIC y acceso limitado en las zonas menos favorecidas.

Las tres innovaciones en la salud que están mostrando más potencial para una adopción generalizada en el panorama posterior al COVID-19 son: el uso de sistemas de telemedicina y telemonitorización, que permiten menos citas en persona y mayor capacidad para monitorizar el bienestar de los pacientes en su domicilio mediante *wearables* e IoT; los servicios de salud móviles que incluyen el acceso a los datos del paciente, la revisión de historias clínicas y la autorización de recetas; y las aplicaciones de salud móviles, que pueden favorecer de forma más flexible la comunicación médico-paciente.

Sin embargo, como señalan Ruiz Azpiazu, Carpintero Escudero y Rosell Ortiz[43], como todo avance, también tiene sus peligros y sus detractores. "Su influencia sobre los ciudadanos puede conducir a una sobreinformación de nuestra salud, con un exceso de preocupación innecesario, una medicalización de simples datos y un posible sobretratamiento. Eso sin olvidar el posible riesgo para nuestra privacidad al compartir datos personales y de salud con nuestro médico o sistema sanitario utilizando aparatos y redes que son vulnerables por ataques de piratas informáticos e incluso por empresas que pudiesen hacer uso lucrativo de esa información privada". Por esta razón son necesarios controles rigurosos que garanticen una implementación segura, aunque ello suponga que el proceso sea más lento.

Nos hace también más dependientes de la tecnología, de la necesidad de implementar redes de datos y ordenadores con el consiguiente consumo energético y de recursos naturales, que no siempre están disponibles de la misma forma en distintos territorios.

Por otra parte, la relación médico-paciente es un elemento fundamental en la asistencia sanitaria, por lo que un tratamiento más automatizado o a distancia genera inevitablemente controversias y reticencias por parte de los ciudadanos y por parte de los profesionales[44].

Otro aspecto problemático es la diferencia de implantación de la telemedicina en un sistema descentralizado de salud como el nuestro. Como caso ilustrativo sirva el Informe de *The Economist* publicado en el año 2020 en el *Digital Diabetes Index* que analizaba la implantación de la telemedicina en el tratamiento de la Diabetes Mellitum. El informe concluía que España se encontraba entre los primeros en cuanto a salud digital, destacando, además, la capacidad de formación en herramientas digitales para sus profesionales sanitarios. "Sin embargo -señala el estudio-, su sistema descentralizado hace que haya variaciones, especialmente en lo que respecta a la compra de dispositivos médicos mediante licitación y su reembolso". Así, cuando se analiza por Comunidades Autónomas las políticas de adquisición y financiación de los sistemas de monitorización de glucosa es posible señalar inequidades entre pacientes de unas CCAA y de otras. A nivel nacional, los pacientes con diabetes

[43] *Vid*. Ruiz Azpiazu J.I., Carpintero Escudero J.Mª., Rosell Ortiz F., "Wearables en Medicina de Urgencias y Emergencias", *Informática más Salud. Revista de la Sociedad Española de Informática y Salud,* Especial "Wearables - Internet of Things", 2021; 146:35-37

[44] *Vid*. Ruiz Azpiazu J.I., Carpintero Escudero J.Mª., Rosell Ortiz F., "Wearables en Medicina de Urgencias y Emergencias", *Informática más Salud. Revista de la Sociedad Española de Informática y Salud*, Especial "Wearables - Internet of Things", 2021; 146:35-37, los cuales destacan que en un reciente estudio de la institución *The Health Foundation*, se entrevistaron a 4.000 ciudadanos y a 1.000 profesionales del NHS inglés sobre el beneficio y los riesgos de la evolución tecnológica y la incorporación de la inteligencia artific al para el cuidado de la salud, y se encontraron opiniones claramente divididas.

mellitum tipo 1 (DMT1) tienen actualmente financiado los sistemas de monitorización flash, pero no así los pacientes con diabletes mellitum tipo 2 (DMT2) insulinizados, dependiendo en este caso de cada Comunidad Autónoma[45].

En el ámbito de la Estrategia de salud digital se propone, en este sentido, a nivel nacional personalizar la cartera de servicios asistenciales (digitales y/o presenciales) a colectivos que lo requieran mediante la incorporación de tecnologías y dispositivos inteligentes para mejorar la calidad y cercanía de la atención, impulsando la integración de datos clínicos, genómicos y de otro tipo para el desarrollo de nuevos tratamientos que mejoren el SNS.

2. EL IMPULSO A LA SANIDAD DIGITAL EN EUROPA Y EN ESPAÑA

Las nuevas tecnologías pueden revolucionar los sistemas de salud y de atención sanitaria y contribuir a su sostenibilidad futura; la sanidad electrónica, la genómica y las biotecnologías pueden mejorar la prevención de enfermedades y la prestación de tratamiento y favorecer un cambio de la asistencia hospitalaria hacia la prevención y la atención primaria. En definitiva, la sanidad electrónica puede ayudar a prestar una atención más centrada en la persona, a disminuir los costes y a favorecer la interoperatividad entre las fronteras nacionales, facilitando la movilidad y la seguridad de los pacientes. Por todo ello, se está impulsando en el ámbito de la Unión Europea la utilidad para los sistemas sanitarios de Europa de la llamada "sanidad móvil", como una de las herramientas para abordar los retos actuales a los que se enfrentan, contribuyendo a desarrollar una atención sanitaria más centrada en el paciente y apoyando el cambio hacia la prevención, al tiempo que se mejora la efica ia del sistema (vid. *Libro Verde sobre sanidad móvil* de la Comisión Europea, 2014[46]) y, tras la pandemia, en el proceso de recuperación, se va a dar un paso importante con el objetivo de la digitalización y la creación de una Europa de los datos, como se pone de manifiesto en las *Conclusiones del Consejo sobre la experiencia adquirida en materia de sanidad en relación con la COVID-19* (2020/C 450/01) y 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)

En el *Libro Blanco Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013)*[47] se plantea ya la necesidad de abordar el reto que supone la incorporación en los sistemas de atención sanitaria de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), las innovaciones

[45] *Vid*. Informática + Salud, "Tecnología y diabetes en España", IS 146:26-28. Un estudio publicado en la revista científica *Diabetes Therapy* indica que la introducción de estos sistemas flash para los pacientes con DMT2 en España ayudaría no solo a mejorar los eventos adversos como las hipoglucemias y por tanto la calidad de vida de los pacientes, sino que además generarían un ahorro de 580 euros por paciente y año, lo que supone una reducción de costes del 21,5%frente a sistemas tradicionales. Además, el estudio muestra que mediante la implantación de estas tecnologías se evitarían 1.220 hipoglucemias graves al año (-48%).

[46] *Vid*. *Libro Verde sobre sanidad móvil*. Comisión Europea {SWD(2014) 135 final}. Bruselas 10.4.2014. COM (2014) 219 final. Entre otros muchos Programas, Informes y Recomendaciones, *vid*. Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones "La salud electrónica - hacia una mejor asistencia sanitaria para los ciudadanos europeos: Plan de acción a favor de un Espacio Europeo de la Salud Electrónica", Bruselas, 30.4.2004 COM(2004) 356 final [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2004:0356:FIN:ES:PDF]; Plan de acción a favor de un Espacio Europeo de la Salud Electrónica [COM(2004) 356 final]; la Iniciativa en favor de los mercados líderes de Europa y la hoja de ruta sobre la salud electrónica asociada [COM(2007) 860 final, anexo I - Documento de trabajo de los servicios de la Comisión SEC(2007) 1729]; la Recomendación de la Comisión sobre la interoperabilidad transfronteriza de los sistemas de historiales médicos electrónicos (2008/594/CE), y la Comunicación sobre la telemedicina en beneficio de los pacientes, los sistemas sanitarios y la sociedad [COM(2008) 689 final]; Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones "Plan de acción sobre la salud electrónica 2012-2020: atención sanitaria innovadora para el siglo XXI", Bruselas, 6.12.2012. COM(2012) 736 final

[47] *Libro Blanco Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013).* Bruselas, 23.10.2007. COM(2007) 630 final

en genómica, biotecnología y nanotecnología para hacer frente de una manera más adecuada a los problemas de salud de la población. El rápido e importante desarrollo de estas nuevas tecnologías están ya, y lo harán cada vez más en el futuro, revolucionando la forma en que se fomenta la salud de las personas y la forma en que se predicen, previenen y se tratan las enfermedades. Esto ha hecho que se haya producido ya una gran evolución en los sistemas de atención sanitaria, pero a medio y largo plazo se espera que se produzca una transformación radical de la sanidad y los servicios asistenciales y de la propia sociedad.

Las nuevas tecnologías incidirán en la prevención y permitirán definir terapias más eficaces, menos intrusivas y más individualizadas. Con las aplicaciones móviles de salud, la explotación de los macrodatos, la aparición de las nanotecnologías, las biotecnologías, las tecnologías de la información y las ciencias cognitivas (NBIC), la tecnología digital va a conducir a una transformación global de nuestro sistema sanitario. Sin embargo, hasta el momento se ha evidenciado que la asimilación de soluciones digitales aplicadas a la salud y la asistencia sanitaria sigue siendo lenta y varía enormemente de un Estado miembro a otro y de una región a otra, escollos que se manifiestan particularmente en áreas como el acceso a datos de salud, la diversidad de los historiales médicos electrónicos, la falta de interoperabilidad técnica y el acceso a servicios sanitarios digitales[48].

La medicina personalizada es, en el ámbito de la Unión Europea, una tendencia emergente que se basa en el empleo de datos generados por nuevas tecnologías con el fin de comprender mejor las características de un paciente y que permite ofrecer la asistencia correcta a la persona adecuada en el momento oportuno (*Comunicación de la Comisión relativa a la consecución de la transformación digital de la sanidad y los servicios asistenciales en el Mercado Único Digital, la capacitación de los ciudadanos y la creación de una sociedad más saludable* de 2018*)*. Así, por ejemplo, a través de las nuevas tecnologías se puede llevar a cabo un uso más amplio de información genómica y de otro tipo (creación de perfiles moleculares, diagnósticos por la imagen, datos medioambientales y de estilo de vida), que permitan a los facultativos y científicos comprender mejor las enfermedades y el modo de predecirlas, prevenirlas, diagnosticarlas y tratarlas[49].

Como se señala en el *Dictamen del Comité Económico y Social sobre Efectos de la revolución digital en materia de salud para el seguro de enfermedad* (2017), la innovación médica generada por la tecnología digital puede comportar una dinámica que conduce a una individualización de la medicina y los tratamientos a través de dos fuentes de información: la descodificación del genoma (que tiene una dimensión predictiva ya que se "conoce" la probabilidad de un riesgo sanitario y la prevención tiene más sentido, lo que puede aportar una nueva dimensión al enfoque de la prevención y plantea importantes retos en el ámbito del seguro de enfermedad); y los dispositivos de «salud electrónica» (que se inscriben en el ámbito de los «self data» -automedición- y permiten a las personas conocer y mejorar su estado de salud). Este proceso de individualización se caracteriza por la llamada «salud de las 4 P»: *participativa* (los propios pacientes producen y siguen los datos médicos, con la ayuda de un número creciente de objetos conectados, evolucionando la relación entre el paciente -que pasa a ser "actuante"- y el médico)*, preventiva* (los pacientes recopilan de forma habitual información sobre su salud, lo que abre la vía a una sanidad más centrada en la prevención); *personalizada* (el flujo continuo de datos personales cada vez más precisos y variados permite el desarrollo de una sanidad cada vez más personalizada); y *predictiva* (debido a los avances tecnológicos, que hacen posible, por ejemplo, la digitalización del genoma completo de las personas). En la Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud se habla de la medicina 5P, Personalizada, Precisa, Preventiva, Predictiva y Participativa).

[48] El 8 de diciembre de 2017, el Consejo adoptó unas conclusiones en las que se invitaba a los Estados miembros y a la Comisión a trabajar juntos sobre diversas cuestiones, aprovechando el potencial que brindan las tecnologías digitales en salud y asistencia sanitaria: *Conclusiones del Consejo 2017/C 440/05 sobre la salud en la sociedad digital: avanzar en la innovación basada en los datos en el ámbito de la salud*, DO C 440 de 21.12.2017.

[49] *Medicina personalizada para pacientes*, Conclusiones del Consejo (7 de diciembre de 2015) 15054/15.

La utilización de estas herramientas digitales permitirá una asistencia centrada en las personas y dar una respuesta más adecuada a los retos derivados del envejecimiento de la población y del aumento de la discapacidad, así como de la creciente carga que suponen las afecciones crónicas y la multimorbilidad, que están aumentando constantemente la demanda de servicios sanitarios y asistenciales y que plantea una creciente complejidad como consecuencia de los distintos servicios por los que han de pasar los pacientes en la actualidad. La mayoría de los estudios reconoce que los sistemas sanitarios deben centrarse menos en el tratamiento y más en promover la salud y prevenir las enfermedades, pasando de un enfoque orientado a la enfermedad a uno orientado al bienestar y los individuos, y de la fragmentación del servicio a la integración y coordinación de los servicios durante todo el proceso de asistencia[50].

La red de sanidad electrónica, creada en virtud de la Directiva 2011/24/UE relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes, dirige el desarrollo de las directrices en materia de sanidad electrónica de la UE. Su objetivo es mejorar la interoperabilidad entre los sistemas de sanidad electrónica y garantizar el acceso a una sanidad segura y de calidad. Además, como señala la *Comunicación de la Comisión de 2018 relativa a la consecución de la transformación digital de la sanidad y los servicios asistenciales en el Mercado Único Digital, la capacitación de los ciudadanos y la creación de una sociedad más saludable*, el éxito de esta transformación basada en la búsqueda de soluciones innovadoras por medio de nuevas tecnologías tiene que estar asentado en la configuración de nuevos modelos asistenciales; la realización de una evaluación de las tecnologías aplicadas a la salud para obtener unos servicios sanitarios de mayor calidad y más sostenibles; y la participación de equipos asistenciales multidisciplinares con funciones nuevas o rediseñadas para los profesionales sanitarios.

La revolución digital en sanidad afectará a las relaciones mantenidas en el marco de un sistema complejo entre: el ciudadano, por el conocimiento de su estado de salud; las profesiones médicas y asistenciales y su relación con el paciente; los distintos sistemas de salud en cuanto a sus modos de organización, gestión y financiaci n. En relación con esta revolución digital de la sanidad se plantean importantes problemas que exigen análisis y propuestas:

- la protección de datos[51], incluida la seguridad de los datos sanitarios (problemas específicos relacionados con el intercambio electrónico de datos: riesgo de intromisión en la vida privada, riesgos de ciberseguridad y calidad y fiabilidad de los datos);
- medidas para garantizar la igualdad de acceso a la asistencia sanitaria: igualdad de cobertura territorial; reducción de la brecha digital; interoperabilidad de la arquitectura digital en su conjunto (bases de datos, productos sanitarios);

[50] *Vid*. Comunicación de la Comisión de 2018 *relativa a la consecución de la transformación digital de la sanidad y los servicios asistenciales en el Mercado Único Digital, la capacitación de los ciudadanos y la creación de una sociedad más saludable*, cit. La Comisión subraya que los Estados miembros y las autoridades regionales ya están actuando en esa dirección con la implantación de reformas para mejorar la efectividad, la accesibilidad y la resiliencia de sus sistemas sanitarios: Conclusiones del Consejo: *Hacia unos sistemas sanitarios modernos, reactivos y sostenibles*, DO L 202 de 8.7.2011, pp. 10-12 y Conclusiones del Consejo sobre el CPE - *Informe conjunto de la Comisión y el CPE sobre la atención sanitaria y los cuidados de larga duración en la UE*, 8 de noviembre de 2016, http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-14182-2016-INIT/en/pdf

[51] Sobre la legislación de la UE en materia de *protección de datos*: Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de tales datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE, DO L 119 de 4.5.2016; sobre *identificación electrónica*: Reglamento (UE) nº 910/2014 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 23 de julio de 2014, relativo a la identificación electrónica y los servicios de confianza para las transacciones electrónicas en el mercado interior y por el que se deroga la Directiva 1999/93/CE, DO L 257 de 28.8.2014; y sobre *seguridad de redes y sistemas de información*: Directiva (UE) 2016/1148 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 6 de julio de 2016, relativa a las medidas destinadas a garantizar un elevado nivel común de seguridad de las redes y sistemas de información en la Unión, DO L 194 de 19.7.2016.

- determinación de buenas prácticas en la organización de la atención sanitaria para maximizar el uso de la sanidad móvil y medidas para garantizar la interoperabilidad de las aplicaciones de sanidad móvil con los historiales médicos electrónicos (directrices clínicas para el uso de la sanidad móvil);
- los modelos de reembolso (programas de incentivos para los asegurados y para los profesionales sanitarios por actividades de atención sanitaria fuera de la consulta clásica, entre otras cosas);
- las responsabilidades de los desarrolladores de aplicaciones, los proveedores de las comunicaciones electrónicas, los fabricantes de servicios de sanidad móvil y los profesionales sanitarios; y la brecha digital.

La aplicación de las nuevas tecnologías al ámbito de la salud exige que éstas sean evaluadas correctamente, en particular en relación a aspectos como la rentabilidad y la equidad y que se tome en consideración sus implicaciones en cuanto a la formación y a la capacidad de los profesionales. La incorporación de nuevas tecnologías poco conocidas hasta ahora pueden suscitar preocupaciones de orden ético y es preciso abordar las cuestiones relativas a la confianza y la certidumbre de los ciudadanos (vid. *Libro Blanco Juntos por la Salud*).

Así, la Comisión Europea ha señalado (vid. la *Comunicación de la Comisión relativa a la consecución de la transformación digital de la sanidad y los servicios asistenciales en el Mercado Único Digital, la capacitación de los ciudadanos y la creación de una sociedad más saludable* 2018) su intención de intensificar la coordinación entre las autoridades de toda la UE para implantar el intercambio seguro de datos genómicos y otros datos relativos a la salud para promover la investigación y la medicina personalizada, basándose en un sistema transparente de gobernanza, con la idea de vincular los bancos de datos «ómicos» nacionales y regionales a biobancos y otros registros repartidos por la UE[52]. Esto va a exigir una regulación jurídica que permita una relación adecuada entre las posibilidades de la tecnología y los derechos de los ciudadanos. En el ámbito europeo, esa intervención normativa se plantea desde la aprobación de la "Agenda Digital para Europa" en el año 2010, dentro de la "Estrategia Europa 2020", a través de la cual, como indican López Garrido, Serrano Pérez y Fernández Aller[53], se debe hacer frente a tres aspectos fundamentales: el mercado único digital, el acceso de las personas con discapacidad y la relación del ciudadano con los servicios públicos, entre ellos a la sanidad.

Sin embargo, uno de los elementos que puede suponer un fuerte obstáculo al desarrollo adecuado de una "sanidad móvil" y que, sobre todo, puede afectar a la igualdad de acceso a la asistencia sanitaria es la existencia de una *"brecha digital"*.

La "brecha digital" está íntimamente vinculada a la existencia de desigualdades económicas, de tal forma que la imposibilidad de acceso y de uso de las tecnologías determinada por la existencia de desigualdades económicas se convierte en motivo también de desigualdades en el acceso a la "sanidad móvil" y, en general, en motivo de exclusión social y económica[54]. Existe también otra vertiente

[52] La tecnología «ómica» describe una amplia disciplina en ciencias e ingeniería para analizar las interacciones de objetos de información biológica en diversos «omas», entre ellos el genoma, el proteoma, la metaboloma, la transcriptoma, etc., con el objetivo de desarrollar tecnologías y herramientas que permitan recabar información sobre diversas clases de biomoléculas y sus conexiones. En abril de 2018, catorce Estados miembros firmaron la declaración conjunta sobre cooperación *Towards access to at least 1 million sequenced genomes in the European Union by 2022* [https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/eu-countries-will-cooperate-linking-genomic-databases-across-borders].

[53] *Vid*. López Garrido, D. (Coord.); Serrano Pérez, M.M.; y Fernández Aller, C.: *Derechos y obligaciones de los ciudadanos/as en el entorno digital*. Laboratorio Alternativas. Documento de trabajo 195/2017. Fundación Alternativas. Madrid, 2017, p. 15.

[54] La OCDE definía la brecha digital como la "diferencia entre individuos, hogares, empresas y zonas geográficas a distintos niveles socio-económicos en relación a sus oportunidades para acceder a las TIC y para usar Internet para

de la "brecha digital" que tiene un carácter más generacional e implica diferencias en aptitudes y actitudes hacia la tecnología. En muchos casos, esta "brecha digital" está asociada a la edad y afecta especialmente a las personas de más edad. Está relacionada con disponer de ordenador, de teléfono móvil, de conexión a la red desde lugares accesibles para las personas (casa, centros públicos, etc.), de competencias suficientes para usarlo (alfabetización informática) y de capacidad para acceder a la información y convertirla en conocimiento útil para la persona[55].

El Consejo Económico y Social Europeo, en su Dictamen *Efectos de la revolución digital en materia de salud para el seguro de enfermedad*[56] subraya que la tecnología digital tiende a acentuar las desigualdades sociales en materia sanitaria al reforzar el vínculo de causa-efecto entre el estado de salud de una persona y sus capacidades cognitivas (por ejemplo, la capacidad para encontrar y comprender información de calidad sobre salud) y financieras (como la posibilidad de equiparse con dispositivos cada vez más eficien es). Estas desigualdades aumentan entre las personas mayores, las más vulnerables y las que viven en zonas poco cubiertas por los operadores del sector digital. Considera que la igualdad de acceso a la asistencia, que es un objetivo esencial de las políticas sanitarias, puede beneficiarse de las ventajas digitales siempre que se respeten varias condiciones

- la igualdad de cobertura territorial que tenga en cuenta las zonas insuficientemente atendidas por los operadores del sector digital (acceso, banda ancha);
- la reducción de la brecha digital en el uso que hacen los ciudadanos, los profesionales de la salud y los agentes de los sistemas de seguro de enfermedad y asistencia sanitaria;
- la interoperabilidad de la arquitectura digital en su conjunto (bases de datos, productos sanitarios) que facilite la continuidad de la asistencia dentro de cada estructura y entre estructuras;
- la protección de los datos sanitarios, que en ningún caso pueden utilizarse en detrimento de los pacientes.

También en el *Informe Mundial sobre las Discapacidades,* la OMS destaca la necesidad de avanzar en el acceso a la tecnología de la información y comunicación (servicios tales como la transmisión telefónica por medio de dispositivos especiales de telecomunicación, la interpretación en lengua de señas y los formatos accesibles para la información, la utilización de dispositivos móviles, etc.), lo que requiere fomentar la sensibilización, aprobar leyes y reglamentos, elaborar normas y proporcionar formación. Para avanzar en el acceso igualitario a TIC, en 2008 la Alianza Global para las TIC y el desarrollo de las Naciones Unidas (UNDESA GAID) llevó a cabo la Iniciativa Global para TIC inclusivas (G3ict), proponiendo un kit de herramientas virtuales para el desarrollo de políticas públicas de accesibilidad digital para personas con discapacidad[57].

una extensa variedad de actividades". *Vid*. López Garrido, D. (Coord.); Serrano Pérez, M.M.; y Fernández Aller, C.: *Derechos y obligaciones de los ciudadanos/as en el entorno digital*. Laboratorio Alternativas. Documento de trabajo 195/2017. Fundación Alternativas. Madrid, 2017, p. 31, que ponen de manifi sto que "el paradigma del Estado social en el mundo digital reconvierte al Estado en un motor de impulso, de cambio, de lucha por la igualdad real, que ha de contemplar las posibilidades tecnológicas como un instrumento útil para los individuos y la sociedad, sin que su uso pueda generar desigualdad. Por tanto, las prestaciones sociales que el Estado ha de proveer para alcanzar la igualdad real han de contemplar la implantación de la tecnología como parte de las mismas, y de una manera universal y generalizada", *op. cit.*, p. 14.

[55] *Vid*. *Libro Blanco del IMSERSO sobre "Envejecimiento Activo",* Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Madrid, 2011, pp. 309-310.

[56] *Dictamen del Comité Económico y Social Europeo: Efectos de la revolución digital en materia de salud para el seguro de enfermedad* (Dictamen de iniciativa) Ponente: Alain Coheur (Aprobado en el pleno 20/09/2017). INT/816 EESC-2017-01377-00-01-AC-TRA-ES

[57] *Vid*. De Ortúzar, M. G.: "Justicia, capacidades diversas y acceso igualitario a las tecnologías de la información y comunicación (TIC): el impacto de la desigualdad relativa en el cuidado de la salud". *Revista Española de Discapacidad*, 2018, 6 (I): 99.

Por todo ello, será necesario desarrollar y facilitar el acceso a la alfabetización en materia de salud digital de los ciudadanos; garantizar una información de calidad en materia de salud, en particular alentando la adopción de procedimientos de etiquetado/acreditación de las aplicaciones sanitarias; reforzar las relaciones de confianza entre los pacientes, los profesionales de la salud y los agentes de los sistemas de seguro de enfermedad y asistencia sanitaria; establecer un sistema de formación adaptado tanto a los usuarios como a los profesionales de la salud para garantizar una utilización eficiente, segura y protectora de las tecnologías digitales y facilitar los cambios en el sistema sanitario; implantar mecanismos para la seguridad del tratamiento de los datos personales, a fin de evitar prácticas conducentes a la utilización de dichos datos en el ámbito de los seguros (acceso, reembolso, etc.) con fines comerciales que no obedezcan a una finalidad de salud pública; promover un marco reglamentario evolutivo que tenga en cuenta el conjunto del ecosistema («múltiples partes interesadas») y el papel de las organizaciones de seguros de enfermedad y asistencia sanitaria como terceros de confianza en las relaciones con los asegurados/afiliado

En esa línea, la OMS aprobó en la Asamblea General en mayo de 2018 la *Resolución WHA71.7 sobre Salud Digital*, para "la elaboración, en estrecha consulta con los Estados Miembros, de una estrategia mundial sobre salud digital en la que se determinasen los ámbitos prioritarios, incluidos aquellos en los que la OMS debería centrar sus esfuerzos", considerando que la Salud Digital es un acelerador de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). En julio de 20203, la OMS publicó *Global strategy on digital health 2020-2025*[58], una propuesta general para la prestación de servicios de Salud Digital que cada país pudiera utilizar y adaptar a sus circunstancias. La propuesta identifica tres niveles de actuación que incluyen a los desarrolladores de políticas públicas, como responsables del uso ético, seguro y sostenible de la tecnología aplicada en salud; a los profesionales, que utilizan las tecnologías para brindar servicios de atención médica efectiva a la población; y a la propia población, como beneficiaria de la Salud Digital para la mejora de su salud y bienestar. Como objetivos estratégicos incluye los siguientes:

- Promover la colaboración global y avanzar en la transferencia del conocimiento de la Salud Digital.
- Abogar por sistemas de salud habilitados por las tecnologías digitales y centrados en las personas.
- Avanzar en la implementación nacional de estrategias en Salud Digital.
- Fortalecer la gobernanza para la salud digital a nivel global, nacional y regional.
- Establecer ecosistemas nacionales de salud digital interoperable, así como reforzar la colaboración coordinada, promoviendo el uso del *big data* y la Inteligencia Artificial bajo los principios éticos adecuados y una revisión de las regulaciones.

Advierte que "La transformación digital de la atención de la salud puede ser perturbadora; sin embargo, tecnologías como la internet de las cosas, la asistencia virtual, la supervisión a distancia, la inteligencia artificial, la analítica de macrodatos, las cadenas de bloques, los dispositivos inteligentes para llevar encima, las plataformas, las herramientas que permiten intercambiar y almacenar datos y las herramientas que permiten captar datos a distancia e intercambiar datos e información dentro del ecosistema de salud dando lugar a una continuidad asistencial pueden mejorar los resultados sanitarios al mejorar los diagnósticos médicos, las decisiones terapéuticas basadas en datos, las terapias digitales, los ensayos clínicos, el autocuidado y la atención centrada en las personas, además de ampliar los conocimientos basados en la evidencia, las aptitudes y las competencias de los profesionales para prestar servicios de salud. Pero destaca que "Los «determinantes digitales de la salud», como la alfabetización informática y el acceso a los equipos, la banda ancha e internet, cobran

[58] *Vid*. OMS, *Proyecto de estrategia mundial sobre salud digital 2020-2025* [OMS salud digital 2020-2025.pdf]. https://www.who.int/docs/default-source/documents/gs4dhdaa2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf

mayor importancia a medida que la salud digital se extiende. En la estrategia mundial se subraya la necesidad de asentar los fundamentos digitales de las estrategias nacionales y se hace hincapié en la necesidad de colaborar con los diferentes sectores y las partes interesadas a todos los niveles"[59].

El desarrollo de estas prioridades en la Unión Europea se materializa en la puesta en marcha de una serie de planes y programas europeos de apoyo a la transformación digital de la salud a lo largo de los próximos años. Entre ellos, *EU4Health 2021-2027 - Una visión de una Unión Europea más sana*[60], a través del cual la UE proporcionará financiación a países de la UE y el *Programa Europa Digital*[61], también con presupuesto propio, "centrado en la construcción de las capacidades digitales estratégicas de la UE y en facilitar el amplio despliegue de tecnologías digitales también dentro del marco presupuestario plurianual". Además, en el conjunto de mecanismos de la Unión Europea en este ámbito se incluyen otros programas como el *Programa Horizonte Europa*, propuesto para la investigación y la innovación, así como el *Mecanismo Conectar Europa*, para la infraestructura digital y el Reglamento (UE) 2021/522 del Parlamento Europeo y del Consejo de 24 de marzo de 2021 por el que se establece un programa de acción de la Unión en el ámbito de la salud («programa UEproSalud») para el período 2021-2027 y por el que se deroga el Reglamento (UE) nº 282/2014[62].

En el Informe *Smart Health Systems International comparison of digital strategies*, centrado en particular en la transformación digital, se señala que el contexto y los desafíos de los sistemas sanitarios en Europa y en los países desarrollados son bastante semejantes. Se contrastan las estrategias digitales de los sistemas de salud en 17 países (Alemania, Australia, Bélgica, Dinamarca, Estonia, Francia, Israel, Italia, Canadá, Reino Unido, Países Bajos, Austria, Polonia, Portugal, Suecia, Suiza y España) para generar un "índice de Salud digital". Este estudio posiciona a España en una buena posición (quinta posición, detrás de Estonia, Canadá, Dinamarca e Israel) y destaca la posición ventajosa derivada de la implantación a nivel nacional de sistemas de identificación, historia clínica y receta digitales, portales del paciente y cita electrónica y el sólido desarrollo de las prácticas de seguridad y privacidad en el tratamiento de los datos. Pero advierte de la pérdida de eficiencia conjunta que supone no contar con una *"estrategia compartida de Salud Digital"*, que, entre otras cosas, diseñe capacidades para el acceso, intercambio y análisis masivo de los datos, planifique la incorporación de tecnologías digitales en todos los ámbitos asistenciales, establezca cómo aumentar la capacidad y autonomía de los pacientes respecto de su propia información, identifique cómo mejorar el trabajo de los y las profesionales, desarrolle e impulse modelos de cooperación con el sector privado y asegure la disponibilidad de información para la toma de decisiones, desde el nivel operacional al nivel estratégico.

Con la finalidad de avanzar en esa línea, el *Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia19,* a través de su *objetivo VI "Pacto por la Ciencia y la Innovación. Refuerzo a las capacidades del SNS"* recoge también la necesidad de adoptar medidas para atender a los problemas del sistema sanitario que la crisis de la COVID-19 ha puesto de manifiesto, estableciendo nuevas bases para un sistema que precisa de la incorporación sistematizada de tecnologías digitales novedosas en todos los aspectos de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la discapacidad, la práctica clínica, la planificación, la gestión y la toma de decisiones. Este Plan enuncia como uno de sus proyectos, la "Renovación y ampliación de las capacidades del SNS", estableciendo la necesidad de rediseñar el SNS para responder a las necesidades de la ciudadanía y anticipar retos futuros, mediante el refuerzo de las capacidades estratégicas de análisis y prevención;

[59] *Vid*. OMS, *Proyecto de estrategia mundial sobre salud digital 2020-2025*, OMS salud digital 2020-2025.pdf, págs. 6 y 11.

[60] *Vid*. https://ec.europa.eu/health/funding/ eu4health; https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_es

[61] Este Programa busca impulsar el liderazgo de Europa en este sector y se articula en torno a cinco grandes objetivos: "Computación de alto rendimiento", "Cloud, datos e inteligencia artificial", "Ciberseguridad" "Capacidades digitales avanzadas" y "Aceleración de los mejores usos de la tecnología".

[62] DOUE núm. 107, de 26 de marzo de 2021, páginas 1 a 29 (DOUE-L-2021-80392).

la preservación y el impulso del talento profesional, la mejora de la co-gobernanza, la cohesión y la eficiencia; la modernización tecnológica, la renovación de equipamientos y transformación digital; la reserva estratégica de productos sanitarios y farmacéuticos; la digitalización y accesibilidad por parte de los pacientes a sus propios datos médicos; y el impulso de un sector industrial acompasado con las necesidades sanitarias.

Para avanzar en todo ello, se ha configurado en la Estrategia Española de Ciencia, Tecnología e Innovación 2021-2027 el refuerzo de la investigación e innovación en salud como uno de los sectores estratégicos, estableciendo como prioritarias las nuevas terapias, el diagnóstico preciso, cáncer y envejecimiento, y con especial énfasis en enfermedades infecciosas. El Plan Estatal de Investigación Científica, Técnica y de Innovación para el periodo 2021-2023 (en adelante, PEICTI), aprobado por acuerdo de Consejo de Ministros de 15 de junio de 2021, constituye el instrumento destinado a desarrollar y financiar las actuaciones de la Administración General del Estado en materia de I+D+I, para permitir la consecución de los objetivos y prioridades incluidos en la Estrategia Española de Ciencia, Tecnología y de Innovación para el período 2021-2027. Las actuaciones del PEICTI 2021-2023 están alineadas con los objetivos de Horizonte Europa y los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030 y se enmarcan en el Objetivo Político 1 del Reglamento de Disposiciones Comunes de los Fondos Europeos 2021-2027 «Una Europa más competitiva e inteligente». Dentro de este Programa Estatal, el PEICTI 2021-2023, establece seis Acciones Estratégicas, entre las cuales se encuentra la Acción Estratégica en Salud que representa "el conjunto de actuaciones orientadas a proteger la salud de la ciudadanía a través de la I+D+I. Su principal objetivo es responder a las prioridades en salud de la ciudadanía, tanto en los aspectos preventivos, diagnósticos, curativos, rehabilitadores y paliativos de las enfermedades como en la generación de evidencia científica como una de las bases de la calidad asistencial y preventiva". Pretende constituir una pieza clave en la vertebración del sistema público de I+D+I en Biomedicina y Ciencias de la Salud.

Para su desarrollo se ha aprobado la Orden CIN/1412/2021, de 10 de diciembre, por la que se aprueban las bases reguladoras para la concesión de ayudas en el marco de la Acción Estratégica en Salud del Plan Estatal de Investigación Científica, Técnica y de Innovación para el período 2021-2023, y en el marco del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (BOE 17 de diciembre de 2021). Algunas de las ayudas de esta orden se enmarcan en la inversión 6 denominada Salud del Componente 17 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, con el objetivo de reforzar las capacidades estratégicas y la internacionalización del Sistema Nacional de Salud, proyectos relacionados con la estrategia de medicina de precisión personalizada y contribución a un instrumento de inversión público-privada en terapias avanzadas.

En este marco el Consejo Interterritorial de Salud ha adoptado el Acuerdo nº 1417 (Pleno del 2 de diciembre de 2021) sobre la *Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud*, que se desarrollará en el período temporal de 2021 a 2026, vinculado de manera fundamental con la ejecución de los fondos asociados al mecanismo de "Ayuda a la Recuperación para la Cohesión y los Territorios de Europa (REACT-EU)" y al "Mecanismo de Recuperación y Resiliencia". Mediante esta Estrategia se "aspira a contribuir al mantenimiento de un buen nivel de salud en la población española y a fortalecer el sistema sanitario público mediante la capacidad transformadora de las tecnologías digitales dirigida a personas, profesionales de la salud, organizaciones proveedoras de servicios sanitarios y resto de agentes relacionados". La Estrategia constituye el "marco de referencia para el desarrollo de las diferentes iniciativas y actuaciones de las administraciones competentes en materia sanitaria, promoviendo que el Sistema Nacional de Salud aborde su transformación digital de manera armónica y coordinada". Se enfoca, fundamentalmente, a cuatro objetivos estratégicos:

1. Capacitar e implicar a las personas en el cuidado de su salud y en el control de la enfermedad y facilitar su relación con los servicios sanitarios promoviendo su participación en todos los niveles y fomentando su corresponsabilidad.

2. Maximizar el valor de los procesos para un mejor desempeño y rendimiento del sistema sanitario público, apoyando el trabajo de los y las profesionales y facilitando la comunicación entre ellos de manera que se asegure la continuidad asistencial y se refuerce la gobernanza de las organizaciones.
3. Adoptar políticas de gestión y gobierno de los datos que permitan disponer de una información interoperable y de calidad y crear un Espacio Nacional de Datos de Salud para la generación de conocimiento científico y la evaluación de los servicios.
4. Adecuar la evolución del SNS a las exigencias de la sociedad actual, aplicando políticas de innovación orientadas a la medicina 5P (Poblacional, Preventiva, Predictiva, Personalizada y Participativa).

La Estrategia se estructura en tres grandes líneas de actuación: 1. Desarrollo de servicios sanitarios digitales orientados a las personas, a las organizaciones y a los procesos que integran el sistema de protección de la salud, con un enfoque de equidad. 2. Generalización de la interoperabilidad de la información sanitaria. 3. Impulso a la analítica de datos relacionados con la salud, sus determinantes y el sistema sanitario. Asimismo se identifican diez áreas de intervención en las que se espera que la transformación digital tenga un importante impacto positivo:

1. Vigilancia de los riesgos y amenazas para la salud
2. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad y de la discapacidad, con participación de la comunidad y enfoque de equidad
3. Atención sanitaria: accesibilidad a los servicios, capacidad resolutiva, personalización, continuidad de la atención y seguridad del paciente. Historia clínica digital y potenciación de la imagen en salud para diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
4. Procesos de gestión que apoyan la realización de las funciones sanitarias y su uso eficiente
5. Interoperabilidad de la información a nivel nacional e internacional
6. Refuerzo de los servicios digitales del SNS
7. Desarrollo de la cartera de servicios del SNS bajo criterios de evidencia científica y de la relación coste/efectividad
8. Ordenación profesional, la formación sanitaria especializada y la formación de postgrado.
9. Creación de un Espacio Nacional de Datos Sanitarios para su tratamiento y análisis masivo y el establecimiento de condiciones habilitantes y recursos facilitadores para la generación y extracción de conocimiento.
10. Sistema de información sanitaria para la evaluación de la actividad, calidad, efectividad, eficiencia y equidad del SNS

BIBLIOGRAFÍA

AAVV.: "El papel de las TIC en la gestión de la crisis por la COVID-19", *Informática más Salud. Revista de la Sociedad Española de Informática y Salud*, nº 142, Diciembre 2020. Número especial

AAVV: "Tecnología y diabetes en España", IS 146, p 26-28

Almeida Cintra, N., "Diagnóstico clínico asistido por computadora: avances tecnológicos y su impacto social". IV Conferencia Científica Internacional UCIENCIA 2021. https://repositorio.uci.cu/jspui/bitstream/123456789/9878/1/UCIENCIA_2021_paper_466.pdf

Armayones, M. y Sánchez, C.L., "Nuevas tecnologías, nuevos actores", en Traver Salcedo, V. y Fernández-Luque, L. (coord.): *El e-Paciente y las redes sociales*. Fundación Vodafone España- Itaca. Fundación para la salud y el bienestar, Publidisa, p.32 ss.

Basagoiti, I. y Fernández-Luque, L., "Compartir información sanitaria. ePacientes: comunicación e interacción", en Traver Salcedo, V. y Fernández-Luque, L. (coords.): *El e-Paciente y las redes sociales*. Fundación Vodafone España- Itaca. Fundación para la salud y el bienestar, Publidisa.

Cisneros, M. A. (coord.): "Taller 4. Algoritmos 'AD HOC' vs 'AD SCIENTIA', en *Informática más Salud. Revista de la Sociedad Española de Informática y Salud*, Especial "El papel de las TIC en la gestión de la crisis por la COVID-19" 2020; 142: 45-46

Coll Clavero, J.I. y Sánchez Cassinello, P. (coords.): "Taller 3. Diagnóstico no asistido vs diagnóstico asistido", en *Informática más Salud. Revista de la Sociedad Española de Informática y Salud*, Especial "El papel de las TIC en la gestión de la crisis por la COVID-19" 2020; 142: 43-45.

Coll Clavero, J.I., "GUHARA: Global y Única Historia Clínica de Aragón", *Informática más Salud. Revista de la Sociedad Española de Informática y Salud 136,* 19-22

De Ortúzar, M. G.: "Justicia, capacidades diversas y acceso igualitario a las tecnologías de la información y comunicación (TIC): el impacto de la desigualdad relativa en el cuidado de la salud". *Revista Española de Discapacidad*, 2018, 6 (I): 91-111.

Durán Parrondo, C., Rodríguez Moreno, C., Tato Herreo, F., Alonso Vence, N., Lado Lado, F. L., "Anticoagulación oral", *An. Med. Interna* (Madrid) vol.20 no.7 jul. 2003

Escudero, M., en *Informática + Salud, Revista de la Sociedad Española de Informática y Salud,* 2020, 142:18. En el mismo sentido, Ávila de Tomás, J.F., "Aplicaciones de la telemedicina en atención primaria", *Atención Primaria*. Vol. 27. Núm. 1. Enero 2001, 136.

Fernández Prada, M., Llanos Méndez, A., Gómez, R.I., *Eficacia del diagnóstico asistido por ordenador aplicado al cribado de cáncer de mama*. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, 2013. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Serie: Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

Frigolet, M.E., Gutiérrez-Aguilar, R., "Ciencias "ómicas", ¿cómo ayudan a las ciencias de la salud?", *RDU- Revista Digital Universitaria*. *Universidad Nacional Autónoma de México*, 2017; 18 (7) https://www.revista.unam.mx › vol.18 › num7 › art54

Galván, J. (Coord.): "Digitalizar en las crisis para saber más de salud", *Informática más Salud. Revista de la Sociedad Española de Informática y Salud*, nº 141, 2020. Número especial.

García Osés, I., Martínez De Zabarte Fernández, J.M., Arnal Alonso, J.M., Puig García, C., Sánchez Zapater, A., García Latasa, F.J., "Telemedicina en atención primaria: ¿nuevo modelo de interconsulta?", *Bol Pediatr Arag Rioj Sor*, 2013; 43: 60

Grau, I., Gallego, J.A. y Grajales, F.J., "Comunidades Virtuales Para Pacientes", en Traver Salcedo, V. y Fernández-Luque, L. (coords.): *El e-Paciente y las redes sociales*. Fundación Vodafone España- Itaca. Fundación para la salud y el bienestar, Publidisa.

Herrera-Espineira, C., Rodríguez Del Águila, M.M., Navarro Espigares, J.L., Godoy Montijano, A., García Priego, A., Gómez Rodríguez, J., Reyes Sánchez, I., "Efecto de un programa de atención telefónica tras el alta hospitalaria de una unidad de cirugía traumatológica", *Gac Sanit*. 2011;25(2):133-138

Lázaro-Martínez Jl, Conde-Montero E, Alvarez-Vazquez Jc, Berenguer-Rodríguez Jj, Galindo Carlos A, Blasco-Gil S, Blasco-García C, Martínez-Cuervo F., "La teleasistencia en el manejo de úlceras crónicas en tiempos de Covid", *Rev ROL Enferm* 2021; 44(5): 338 (en abierto).

López Garrido, D. (COORD.); Serrano Pérez, M.M.; y Fernández Aller, C.: *Derechos y obligaciones de los ciudadanos/as en el entorno digital*. Laboratorio Alternativas. Documento de trabajo 195/2017. Fundación Alternativas. Madrid, 2017.

Martínez Albarrán, A.I.: "El Proceso de Transformación Digital de los entornos de trabajo ante la actual crisis sanitaria", en *Informática más Salud. Revista de la Sociedad Española de Informática y Salud*, núm. 142, diciembre 2020, Especial "El papel de las TIC en la gestión de la crisis por la COVID-19"

Matías-Guiu, X., García Rojo, M., "Incorporación de la Patología Digital en la práctica de Anatomía Patológica". *Informática más Salud. Revista de la Sociedad Española de Informática y Salud*, Especial "Incorporación de la patología digital en la práctica de anatomía patológica" 2020; 140:6-9

Mayer, M.A., "Los *Wearables* y sus aplicaciones en Medicina", *Informática más Salud. Revista de la Sociedad Española de Informática y Salud*, Especial "Wearables - Internet of Things", 2021; 146:32-34.

Menéndez-Jandula B, Souto JC, Oliver A, Montserrat , Quintana M, Gich I, Bon Fill X, Fontcuberta J., "La digitalización del autocontrol del TAO", *Informática más Salud. Revista de la Sociedad Española de Informática y Salud*, Especial "Wearables - Internet of Things", 2021; 146:6-7.

Oliva Pérez, J.C., "Un día cualquiera", *Informática más Salud. Revista de la Sociedad Española de Informática y Salud*, Especial "Wearables - Internet of Things", 2021; 146:6-7

Quiroga, C., "Las tecnologías «ómicas»: situación actual y desafíos futuros", *Rev Argent Microbiol.* 2016; 48(4):265-266

Robins Y Cotran, *Patología estructural y funcional*, 8 edic. Kumar, Abbas, Fausto, Aster. 2010, Elsevier Saunders

Ross. Pawlina, *Histología. Texto y Atlas color con Biología Celular y Molecular*, 5 ed. 2011

Ruiz Azpiazu J.I., Carpintero Escudero J.Mª., Rosell Ortiz F., "Wearables en Medicina de Urgencias y Emergencias", *Informática más Salud. Revista de la Sociedad Española de Informática y Salud,* Especial "Wearables - Internet of Things", 2021; 146:35-37

Schlager JG, Kendziora B, Patzak L, Kupf S, Rothenberger C, Fiocco Z, French LE, Reinholz M, Hartmann D. Impact of COVID-19 on wound care in Germany. Int Wound J. 2021 Feb 7

Suárez Cuenca, J.J., *Desarrollo de un sistema de diagnóstico asistido por computador para detección de nódulos pulmonares en tomografía computarizada multicorte* (Tesis en acceso abierto en: MINERVA) https://dialnet.unirioja.es.

nº Extraordinario 4
ISSN: 2386-7191 – ISSNe: 2387-0370

Peticiones de revolución digital en la sanidad italiana y relativas aportaciones[1]

Calls for a digital revolution in italian healthcare and related contributions

Alessandra Sannella *Prof.ra Titular en la Universidad de Cassino y del Lazio meridionale*

Resumen

Explorar paradigmas innovadores que puedan interpretar las nuevas solicitud de salud e identificar prioridades entre la necesidad de innovación y de equidad en la atención colectiva, es un objetivo que debe lograrse con extrema urgencia, especialmente después de la syndemia disruptiva del SARS-COV 2. Este artículo se propone describir los principios en los que se basa el sistema territorial-hospitalario en Italia y los servicios sociales y de salud en la abigarrada articulación regional. En el sistema socio sanitario, el reto de la complejidad se caracteriza por múltiples factores, entre ellos la innovación en el ámbito de la salud y de la digitalización. A esto se suma la necesidad de poder seguir con los objetivos de sostenibilidad propuestos por la Agenda 2030 de las Naciones Unidas: surge, por lo tanto, la cuestión de la posibilidad real de perseguir el reto del Objetivo 3 salud y bienestar en los diferentes países. Es hora de redefinir estrategias útiles para renovar el bienestar, volver a calibrar el sistema sanitario y promover sistemas de salud adecuados y sostenibles.

Palabras Clave

innovación; equidad; servicios de salud; servicios sociales; asistencia digital; vinculación territorial

Abstract

Exploring innovative paradigms that can interpret new health claims and identifying priorities between the need for innovation and equity in collective care is an objective that must be achieved with extreme urgency, especially after the disruptive SARS-COV syndemy 2. This article aims to describe the principles on which the territorial-hospital system in Italy and the social and health services in the motley regional articulation are based. In the socio-health system, the challenge of complexity is characterized by multiple factors, including innovation in the field of health and digitalization. In addition, the need to be able to continue with the sustainability objectives proposed by UN Agenda 2030 arises: The question arises, therefore, of the real possibility of pursuing the challenge of objective 3 health and well-being in the different countries. It is time to redefine useful strategies to renew well-being, recalibrate the health system and promote adequate and sustainable health systems.

Keywords

innovation; equity; health services; social services; digital assistance; territorial linkage

1. INTEGRACIÓN DE TERRITORIO - HOSPITAL

Entre los aspectos que más han llamado la atención del sistema de integración socio-sanitaria en los últimos años, pre-pandemia, está sin duda el tema de la crisis económica y sus repercusiones en el estado del bienestar psíquico, físico y social. La mega-tendencia 'Covid19', provocada por el virus 'Sars-Cov2', ha cambiado mucho, a escala internacional, los sistemas sanitarios y sociales, provocando cambios acelerados en el sistema sanitario, con una atención inevitablemente desequilibrada en cuanto a la gestión de la pandemia. El primer evento en la historia de la humanidad, que más que otros, tuvo los contornos de un 'hecho social total', afectando todas las estructuras de la vida cotidiana de todos nosotros, sin embargo, también reposicionó la atención sobre la salud como un elemento global, que envuelve al ser humano de manera holística y no sólo en el perímetro de la patología.

[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

La crisis inevitablemente ha llamado la atención también sobre los sistemas de salud y sobre las posibles acciones dirigidas a realizar una mayor interacción entre los actores sociales en juego: ciudadanos, instituciones, profesionales de la salud. Para jugar un papel estratégico en esta dirección, identificamos las nuevas herramientas de la industria 4.0: dispositivos, innovaciones tecnológicas y de comunicación (ITC).

En particular, la referencia al principio de salud, tal como lo define la Organización Mundial de la Salud de 1948, "estado de total bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de afecciones o enfermedades", y coincidiendo con la afirmación de una idea multidimensional del cuidado de la persona, obligaba claramente a crear políticas de integración entre el territorio comunitario y las estructuras sanitarias. Así, se desencadenan las bases de una verdadera reforma, también como percepción del cambio de un enfoque de la 'cuestión' salud (del latín *salus*) hacia una perspectiva más amplia, que también tiene en cuenta la promoción de la 'salud' como indicado en la Carta de Ottawa (1986) y en la reciente actualización en la Carta de Ginebra (2021)[2]. Comienza así un lento camino hacia las primeras inciertas respuestas a algunas necesidades relacionadas con el cambio cultural que, en ese período, vio surgir la transformación de la sociedad de lo analógico a lo digital. En particular, esto se debe a la mejora de la calidad de vida de las poblaciones residentes, la introducción de dispositivos digitales en la atención par remoto por las personas, la introducción de la informatización de los servicios por lo que se ha conseguido mejorar la accesibilidad al sistema, "Integración de servicios" tanto para operadores como para ciudadanos, asegurando una mayor transparencia y eficiencia de todo el sistema

La Agenda 2030 de Naciones Unidas en el preámbulo para el desarrollo sostenible sitúa las 5P, es decir, Personas, Planeta, Prosperidad, Paz, Asociación y reconoce así la contribución del crecimiento inclusivo y el desarrollo sostenible. La realidad multidimensional del 'sistema integrado' de servicios subraya la gran importancia de implementar el concepto *One Health* (OMS, 2017) para mejorar la salud global para todos y reducir las desigualdades.

2. LOS SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD

(Este apartado está escrito por Giuseppina De Simone)

El nacimiento y desarrollo de las políticas sociales, dentro de los sistemas más amplios de bienestar, son un reflejo de los procesos de cambio en la estructura social. Con la derogación de la Ley de *Speenhamland* en 1874, se hizo cada vez más claro que hechos como la pobreza, la indigencia, el desempleo estaban vinculados a los procesos de producción y, por lo tanto, atañen a toda la sociedad (Morlicchio 2012).

Los sistemas de protección se activan como consecuencia de las dimensiones de las penurias vinculadas el estado de empobrecimiento y la seguridad de los trabajadores. Será la evolución histórico-social de la posguerra la que dará lugar a los principios fundamentales de universalidad, protección social, dignidad humana, protección de la salud, sancionados por las diversas instituciones internacionales y nacionales como la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, el primer documento legal a escala mundial, para definir los derechos humanos fundamentales y garantizar su protección universal. La Declaración, junto con el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, constituyen la Carta Internacional de Derechos[3].

[2] La Carta de Ginebra, aún no publicado, es el resultado de la X Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, promovida por la Organización Mundial de la Salud. El documento destaca la urgencia de crear "Empresas promotoras del bienestar sostenible". https://www.who.int/publications/m/item/the-geneva-charter-for-well-being-(unedited)

[3] https://www.ohchr.org/EN/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx

En Italia, como en otros países europeos, el contexto de la posguerra constituyó una prerrogativa fundamental para la consolidación de las políticas de seguridad social, a partir de la dimensión sanitaria esbozada por la OMS, entendida no como una simple ausencia de enfermedad sino como un completo estado de salud. bienestar psicofísico y socio-relacional de la persona. Con la entrada en vigor de la Constitución italiana (1948), se esbozan los principios fundamentales de la protección de la salud (artículo 32) y la garantía de la seguridad social (artículo 38). En este mismo período se inician los conocidos 'treinta años gloriosos del bienestar italiano (1945-1975): el Estado de Bienestar, representa el período de la culminación por parte de las naciones de sus programas dirigidos a una mejor calidad de vida. Fue una era en la que los derechos sociales de ciudadanía alcanzaron su plena madurez y asumieron la misma importancia de la que gozaban otros dos tipos de derechos: los civiles y los políticos (Battisti, 2013:2).

La integración social y sanitaria se convierte en una condición indispensable del sistema de bienestar personal. A través de ella es posible contrarrestar "malestares" y vulnerabilidades, reducir fragilidades, promover la tranquilidad y la buena salud, considerada como un bien público y no solo individual (Burgalassi, 2007).

Seguramente es la ley n.833 la que crea el servicio de salud, que tuvo lugar en 1978 para determinar "el conjunto de funciones, estructuras, servicios y actividades destinados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud física y mental de toda la población sin distinción de condiciones individuales o sociales y en formas que aseguren la igualdad de los ciudadanos con respecto al servicio"[4].

En términos de integración, esto representa una dirección importante que posteriormente fue seguida por varios pasos legislativos que llevaron al Decreto Legislativo 229 de 1999 conocido como la reforma Bindi, el entonces Ministro de Salud, que es el último paso legislativo importante que completó la reforma de la salud, o sea el paso final que completó el largo proceso de organización y racionalización necesario par lograr un servicio de salud eficiente y efica

De manera similar, en el nivel de asistencia, la imagen que surge en el contexto italiano es una fuerte fragmentación de las intervenciones (Kazepov, 2018).

A principios del nuevo milenio, el 14 de febrero de 2001 con la Ley de orientación y coordinación en materia de servicios socio-sanitarios, la disciplina parece tomar cada vez más forma; se perfilan el acto de abordar el tipo de servicios: servicios de salud de relevancia social, beneficios sociales relacionados con la salud, servicios sociosanitarios con alta integración sanitaria. También se perfilan por primera vez las áreas de intervención en ámbito materno infantil, de los discapacitados, ancianos y personas no autosuficientes con enfermedades crónico-degenerativas, adicciones, enfermedades psiquiátricas, enfermedades por infección por VIH, pacientes terminales.

En 2017, con el de 12 de enero Decreto del primer ministro se afianza la definición y actualización de los niveles esenciales de asistencia, se produce una reformulación y mayor garantía de los servicios sociosanitarios. En el Decreto se aprecian niveles principales:

1. Prevención colectiva y salud pública;
2. asistencia;
3. hospitales.

La primera área enfatiza el valor de la prevención y promoción de la salud, las dos últimas áreas atraen la atención del territorio.

Con la disposición de 2017 se realiza una estructuración precisa de la oferta de servicios básicos dirigida a los ciudadanos. Se presta especial atención a la atención domiciliaria ya la atención

[4] https://www.gazzettaufficiale.it/eli/ d/1978/12/28/078U0833/sg

socio-sanitaria residencial y semi-residencial, enfatizando la integración dentro de los servicios personales.

El principio de integración socio-sanitaria también se introduce en el Plan Nacional de intervenciones y servicios sociales 2021-2023 donde la participación de los ciudadanos y el desarrollo de competencias se convierten en elementos que caracterizan la eficacia de la actuación del sistema de servicios sociales. Además, se subraya la necesidad de promover "una colaboración eficaz y reglamentada entre el sistema social y el sistema de salud mediante la acción coherente de una comunidad asistencial numerosa y trabajadora, de modo que sea posible [...] gestionar situaciones de angustia aguda y también los riesgos psicosociales".

La necesidad de fortalecer los servicios sociosanitarios también se recoge en el Plan Nacional de Recuperación de la Resiliencia de 2021 (PNRR) elaborado durante el pleno reto de la pandemia. En este contexto histórico, la integración socio-sanitaria y la asistencia universal se convierten en un desafío exigente que requiere un esfuerzo de todos los actores involucrados en los procesos de gobernanza, empezando por el ciudadano, no considerado como el último beneficiario, para procurar *la protección y garantía de la equidad*. A través del PNRR es posible notar el interés por una mayor cohesión social e invertir en servicios comunitarios e infraestructuras sociales. La intervención pretende facilitar una serie de intervenciones, en su mayoría de tipo sociosanitario, para los sectores más vulnerables y frágiles de la población. La acción innovadora de este plan radica precisamente en la clara voluntad de conciliar las políticas sociales con las relativas a la movilidad. De hecho, el objetivo es facilitar la accesibilidad a los territorios, es decir, las zonas más periféricas y rurales, y las conexiones con los núcleos urbanos. La Covid 19 no sólo permitió 'desvelar' problemas que ahora están arraigados en los sistemas regionales, sino que se presentó como una oportunidad para experimentar nuevas prácticas asistenciales, incluida la digital. Uno de los objetivos del Plan Nacional de Intervenciones y Servicios Sociales 2021-2023 es garantizar un acceso homogéneo, superando la diferenciación de los distintos puntos de acceso, potenciando también la aportación de las nuevas tecnologías y los objetivos de digitalización e interoperabilidad de los distintos sistemas informáticos (Ib.). También existe la necesidad de promover la simplificación y uniformidad de los procedimientos, la unicidad del tratamiento de datos y la garantía de la apropiación "global" de la persona por parte de los Municipios/ATS y Autoridades Sanitarias, con especial atención a los servicios de apoyo a la atención domiciliaria.

La gestión multidisciplinar requiere una planificación integrada y en la base de esta es fundamental el conocimiento de las necesidades socio-sanitarias de la zona, para ello es necesario un sistema de información. En este nodo se ubica el valor de la digitalización de los servicios, tema que cada vez adquiere mayor trascendencia nacional. Como se ha reiterado ampliamente, los servicios personales están constituidos por excelencia por los servicios sociales y los servicios sanitarios. También destaca la necesidad de innovar y digitalizar las estructuras de los servicios, superar las heterogeneidades territoriales que conducen a las desigualdades, promover un sistema de salud justo y sostenible, con una alta integración social y sanitaria, así como estandarizar todo el sistema a través de procedimientos unificados. y simplificados útiles para todos los territorio

Sin embargo, es posible identific r una división dentro de los servicios personales en cuanto a la digitalización. Si las opciones básicas son la proximidad, la promoción, la protección y el universalismo, no se pueden ignorar las transformaciones sociales desencadenadas por la revolución digital.

3. EL RETO DE LA ASISTENCIA DIGITAL

El primer desafío de la e-salud en Italia, en términos de reforma de la salud, está representado por el importante proyecto de ley Fazio de 2011 y al que sigue un importante Decreto de Crecimiento

2.0 con d.l. 179/12[5] y las disposiciones de la ley de conversión no. 221/2012, que incluía, en la Sección IV, el art. 12-13 bis. la 'Salud Digital' que proporciona una información importante sobre la historia clínica electrónica y los sistemas de vigilancia en el sector salud. Se trata de una auténtica revolución en términos de innovación sanitaria y también de potencial introducción de herramientas de la IV revolución industrial en los sistemas sociosanitarios.

A estos cambios, se sumaron los articulados en el art. 17 con l.d. norte. 69 del 21 de junio de 2013, el llamado 'Decreto de hacer' convertido en ley n. 98 del 9 de agosto de 2013, en aplicación (Rabbitto, Russo 2004, p. 29) a la Agenda Digital Italiana y la Agenda Digital Europea[6]. La reforma prevé la introducción de la Historia Clínica Electrónica (ESF), recetas digitales, desmaterialización de informes médicos e historias clínicas, ecc. Estas herramientas digitales no están implementadas en su totalidad, de manera homogénea en todo el territorio nacional. Si en algunas áreas podemos contar con casos de excelencia en los que la reforma digital se ha implantado en su totalidad, con todos los beneficios que puede conllevar la desmaterialización, en otras aún queda mucho camino por recorrer[7].

Sin embargo, en cuanto a los servicios prestados a la persona, el art. 21 de 328/2000 establece un "sistema de información de los servicios sociales para asegurar un conocimiento completo de las necesidades sociales, del sistema integrado de intervenciones y servicios sociales y poder disponer con prontitud de los datos e información necesarios para la planificación, gestión y evaluación de políticas sociales". El sistema de información de los servicios sociales constituye una infraestructura esencial para la planificación, el seguimiento y la evaluación. Posteriormente, el sistema sufrió las modificaciones introducidas por el artículo 24 del Decreto Legislativo 147 de 2017, asumiendo un alcance mucho más amplio que el inicial, tanto es así que se definió como Sistema Unitario de Información de Servicios Sociales (SIUSS). Finalmente, como también señala el Decreto Ministerial 103 de 2019, este aparato se complejiza aún más con la implantación del Sistema de Información para la Oferta de Servicios Sociales (SIOSS). Por lo tanto, la digitalización no parece ser una realidad alejada del sector de los servicios sociales, aunque las herramientas tecnológicas dentro de los servicios sociales básicos parecen estar reducidas la inequidad y promover la universalidad.

Sin embargo, con la pandemia del Covid fue muy importante acelerar el uso de los recursos digitales para facilitar el diálogo entre los hospitales y el territorio, así como prever un fortalecimiento del Nuevo Sistema de Información de la Salud (NSIS)[8].

Y es de nuevo la misión 6 del PNRR (Plan Nacional de Recuperación y Resiliencia) la que acelera el cambio de analógico a digital, mediante la asignación de 15.630 millones de euros en innovación e investigación para la digitalización del servicio nacional de salud, y para la creación de redes de proximidad, estructuras intermedias (hospitales comunitarios) y telemedicina para la atención territorial a la salud[9].

Esto, obviamente, también desplaza la atención a la necesidad de crear acciones de empoderamiento de la persona, promover la salud, dialogar con una red comunitaria.

Así, se plantea la necesidad de un cambio de enfoque de la salud que sea capaz de conectar el sistema socio sanitario analógico con el digital, que pueda operar con criterios de transdisciplinariedad

[5] http://www.governo.it/backoffice/a legati/69362-8038.pdf

[6] https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=LEGISSUM:si0016

[7] https://www.agid.gov.it/it/piattaforme/sanita-digitale

[8] "El objetivo del proyecto es el fortalecimiento del Nuevo Sistema de Información en Salud (SENI), es decir, la infraestructura y herramientas de análisis del Ministerio de Salud para el seguimiento de las LEA y la planificación de los servicios de atención de salud de la población acordes a las necesidades, la evolución de la estructura demográfica de la población, tendencias y cuadro epidemiológico. De hecho, un seguimiento más cuidadoso y completo de las necesidades de salud puede convertirse en una herramienta útil para la cuantific ción y calificación de los servicios de salud". https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?lingua=italiano&area=sistemaInformativo

[9] https://www.agendadigitale.eu/sanita/digital-health-cose-e-quali-applicazioni-permettono-di-indirizzare-la-sanita-verso-una-nuova-normalita/

(Sannella 2020), que se traduzca en acciones orientadas hacia un enfoque de desarrollo sostenible, y que ve en la promoción de la salud local la clave para un futuro mejor. Son numerosas las intervenciones en este sentido que se pueden identificar en el Informe

Los territorios y los objetivos de desarrollo sostenible muestra que "los territorios, en todas sus articulaciones institucionales, juegan un papel fundamental en la implementación de la Agenda 2030, ya que representan el Necesidades de los ciudadanos y son responsables de los servicios fundamentales ofrecidos a sus comunidades. En la búsqueda del desarrollo sostenible, las regiones, ciudades metropolitanas, provincias, municipios y áreas internas pueden proporcionar una infraestructura de cooperación para incentivar procesos de toma de decisiones compartidas, sistematizar recursos económicos y capacidades, fomentar formas de colaboración"[10].

La salud de los territorios, en las realidades caleidoscópicas de los entornos en los que vivimos, también representa la necesidad de implementar acciones multinivel, desde las económicas hasta las ambientales, donde la integración socio-sanitaria pueda asumir una función estratégica. Como podemos observar, el tema de la asistencia sanitaria es un acompañante de la innovación científica y de la evolución humana; precisamente por esto debe ser considerado en continuo cambio, teniendo en cuenta, además, la evolución científica y social. La crisis syndemica que azota nuestros sistemas de saneamiento en un período histórico marcado por el aumento de la población y el consiguiente aumento de la asistencia y el bienestar. Esto ha generado un fuerte impulso a sus costos sanitarios y ha evidenciado los límites del Sistema Sanitario Nacional (SSN).

Una propuesta interesante en la relación a la asistencia del territorio está representada por la propuesta de una 'medicina de proximidad', es decir una medicina del territorio, cercana a la persona, a las familias, cuyo objetivo es llevar el cuidado al paciente y no al revés (Cagiada 2021). Este tipo de acercamiento fue iniciado por algunas experiencias en favor de grupos de población de difícil acceso, como es el caso del Instituto Nacional de Medicina para la Migración y el Combate a la Pobreza (INMP)[11].

4. UN ESTUDIO DE ATENCIÓN DE CASOS EN EL TERRITORIO: ATIENDE A LA PERSONA EN ESTADO DE VULNERABILIDAD

Si son múltiples los eventos de asistencia sanitaria que necesitamos registrar durante este período de pandemia, también existe la necesidad de redefinir algunos elementos de 'salud'. Se pueden ser necesarios además de la emergencia sanitaria y que caracterizan la capacidad de prevención de posibles riesgos, y promover el saludo, internamente de la estructura de acopio para solicitantes de asilo ricos. En marzo de 2020, se lanzó un proyecto de investigación llamado Progetto VirCov19, Vulnerabilidad e inclusión para solicitantes de asilo y refugiados ricos en el período Covid19, que es el resultado de un informe "Progetto PASSI" del Consejo Coordinado 'Universidad de Cassino en colaboración con la red de centros de excelencia de Impresa social.

En abril de 2020, con relación a las disposiciones normativas y nacionales en materia de salud pública, la Organización Nacional de la Organización Mundial de la Salud (ISS) y la OMS, en línea con la continuidad de los requerimientos del territorio y la ciudadanía. Se ha logrado lanzar una intervención informativa a distancia, por parte de la infectología de ASL, que está encomendada a operadores profesionales y de base que, en cascada, que con el uso de mediadores transculturales deben trasladar la competencia adquirida a los beneficiarios de los centros de emergencia con la intención de ofrecer indicaciones útiles para el manejo de la pandemia. Tras haber detectado las principales emociones - miedos, incertidumbres, etc. - comunicación distorsión eco- son estados individuales en Centros de Acogida Extraordinaria (CAS) y centros cos System de Reconocimiento

[10] Asvis (2020), Rapporto *I territori e gli obiettivi di sviluppo sostenibile* https://asvis.it/public/asvis2/files Pubblicazioni/RAPPORTO_ASviS_TERRITORI_2020.pdf

[11] INMP https://www.inmp.it/ita/Rete-Nazionale/Medicina-di-prossimita

e Integración (SAI), en los que llevar a cabo la investigación-acción, con carácter cualitativo, se realizaron más de 30 grupos focales (250 personas) con los 'beneficiarios de la intervención' en los que participaron: un psicólogo, un mediador, un trabajador social, un sociólogo, un antropólogo con el objetivo de asegurar el nivel de saneamiento interno de la medida sanitaria por parte de los ocupantes, que las medidas a tomar en el caso en que nuevos centros estén verificando un caso positivo/positivo en el COVID.

Durante el enfoque de la pandemia, el estado pasó la norma prescrita por el Decreto del presidente del Consejo de Ministros (D.P.C.M.) y el estado analizó la información progresiva recibida sobre la pandemia. Diversas las representaciones de la epidemia por los otras culturen, por el estigma, el miedo del aislamiento social y de la soledad, el miedo de la muerte. El resultado es el de la narración narcisista diversa y articulada de ciertos tipos socioculturales. La transferencia de información sobre el tema de saneamiento de las leyes de convicción, y de higiene de las leyes abusivas, se han aplicado como práctica de comunión-Cov2 en diversas realidades culturales que conforman nuestro territorio. Si las estadísticas epidemiológicas se miden a partir de la evidencia de la necesidad de un reordenamiento sanitario, datos de inconformidades registrados como 'efectos secundarios del COVID19', evidencian la necesidad de comunicación de cualquier tema problemático en la sociedad en salude, incluido el estado de estrés.

CONCLUSIÓN

A principios del siglo pasado hemos visto cómo, desde el punto de vista histórico, los sistemas de salud se organizan para responder rápida y eficazmente a los desafíos que plantean las guerras, las hambrunas, las plagas. Si bien este siglo ha sido testigo del progreso de la ciencia, los cambios sociales y naturales requieren mayores ajustes sociales y de salud para responder a las necesidades del territorio. Las esperanzas contemporáneas están encomendadas a la continuidad de los avances de la ciencia, la medicina, la robótica y la Inteligencia Artificial, pero también a la conciencia de que será posible combatir las desigualdades a partir de sistemas de salud adecuados - que garanticen la promoción y el acceso a la salud, que es la protección de la salud - para todos los segmentos de la población.

Según una reciente encuesta realizada en Oxfam, y publicada en enero de 2022, con el título *Las Desigualdades Matan*, desde el inicio de la sindemia hemos sido testigos de las altísimas desigualdades por las que los 10 hombres más ricos del mundo han pasado de 700 a 1.500 billones de dólares, ganando 15.000 dólares por segundo y se estima que 163 millones de personas han caído en la pobreza por las mismas causas de la pandemia[12]. Esta cifra también produjo una muerte cada cuatro segundos por la falta de acceso a la atención médica, el hambre, etc. y por las consecuencias de la aceleración del cambio climático. la desigualdad no está en el virus sino en las consecuencias sociales que ha causado la pandemia: y estima que 5,6 millones de personas mueren cada año en países de ingresos bajos y medios, con motivo de falta de acceso a la atención o a una atención médica de mala calidad. Esto equivale a más de 15.000 muertes al día por falta de acceso a la atención médica en los países pobres.

Como hemos apuntado en este breve *excursus*, para una atención eficaz a la salud, es necesario poder dialogar con el territorio y con las personas. Eso significa marcar un signo importante en la historia, para reducir las desigualdades, como indica la Agenda 2030 de la ONU (Giovannini 2018) para perseguir la meta n.3: salud y bienestar para todos y en todas las edades, para proponer nuevas comunidades basadas en relaciones de confianza entre individuos e instituciones [13].

[12] Oxfam (2022) *Las Desigualdades Matan*, p. 18-19. https://oxfamilibrary.openrepository.com/bitstream/handle/10546/621341/bp-inequality-kills-170122-es.pdf;jsessionid=2E097C346419038623F9B65D6536D6BD?sequence=5

[13] https://sdgs.un.org/2030agenda

El análisis final demuestra la importancia del vínculo entre el territorio y el ciudadano, vínculo que garantiza la salud integral de todas las personas. Por ejemplo, no podemos dar por terminada la emergencia epidemiológica sólo con campañas de vacunación. Es necesario destacar la importancia de facilitar el acceso a los establecimientos de hospital, promover la salud en los territorios y crear alianzas en ámbito sanitario. Se puede responder con el principio 'Prevenir-Detectar-Responder' de la estrategia *One Health* del Programa Conjunto Europeo. Esta oportunidad parece ser relevante, ya que permite contrastar el fenómeno del síndrome inducido por el virus SARS-COV2; con el más efectivo en un concurso de salud pública, para mejorar la salud global para todos y reducir las desigualdades y promover la justicia social (Atkinson 2015, Barca 2020) *para que nadie se quede atrás "Que nadie quede atrás" en todas partes del mundo*.

BIBLIOGRAFÍA

Asvis (2020), Rapporto *I territori e gli obiettivi di sviluppo sostenibile* https://asvis.it/public/asvis2/files/Pubblicazioni/RAPPO TO_ASviS_TERRITORI_2020.pdf

Atkinson A. B. (2015). *Inequality What Can Be Done?* Harvard University Press. Harvard.

Barca F. (2020) *Un futuro più giusto. Rabbia, conflitto e giustizia sociale*, Il Mulino, Bologna.

Battisti A. (2013) *Welfare e no profit in Europa: Profili comparati*. Gippichelli, Roma. p. 2

Burgalassi M. (2007), Il welfare dei servizi alla persona in Italia, FrancoAngeli, Milano.

Cagiada S. (2021), "Medicina di prossimità. Medicina del futuro" https://www.istitutobioetica.it/news-lombardia/810-medicina-di-prossimita-medicina-del-futuro

Giovannini E. (2018), *L'utopia sostenibile,* Laterza, Roma-Bari.

Kazepov J. (2018), *Che cos'è il welfare state,* Carocci, Roma.

Nocenzi M., Sannella A., (2021). (ed) *New perspectives for a social theory and research of sustainability.* Springer Nature. x Cham. E-book ISBN 978-3-030-33173-3

OMS (2021), *El documento destaca la urgencia de crear "Empresas promotoras del bienestar sostenible".* https://www.who.int/publications/m/item/the-geneva-charter-for-well-being-(unedited)

Sannella A. (2019). "Sviluppo sostenibile e innovazione sociale per la promozione della salute" in Esposito M. Sannella A. *Social innovation nelle politiche della sanità*. *La sfida della salute 4.0.* Rivista Salute e Società. 2/19. FrancoAngeli. Milano. pp. 68-82.

SITOGRAFÍA

https://www.agid.gov.it/it/piattaforme/sanita-digitale

https://www.agendadigitale.eu/sanita/digital-health-cose-e-quali-applicazioni-permettono-di-indirizzare-la-sanita-verso-una-nuova-normalita/

www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/12/28/078U0833/s

www.governo.it/backoffice/allegati/69362-8038.pd

https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=LEGISSUM:si0016

www.ohchr.org/EN/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx

https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?lingua=italiano&area=sistemaInformativo

https://www.inmp.it/ita/Rete-Nazionale/Medicina-di-prossimita

https://sdgs.un.org/2030agenda

REVISTA DE DERECHO DE LA SEGURIDAD SOCIAL. LABORUM

INFORMACIÓN GENERAL

Revista:*Revista de Derecho de la Seguridad Social (REVSEGSOC)*
Editor:Ediciones Laborum, S.L.
ISSN: 2386-7191
ISSNe: 2387-0370
Inicio de Publicación:2014
Periodicidad: Trimestral

Arbitraje:Evaluación por pares de doble ciego

NORMAS PARA LA REMISIÓN DE ORIGINALES, ACEPTACIÓN Y SU PUBLICACIÓN

1. ENVÍO DE ORIGINALES

- **Formato**: Microsoft Word o Libreoffice
- **Forma de envío**: Por correo electrónico a la dirección revsegsoc@laborum.es o bien mediante la plataforma de envío en http://revista.laborum.es.

  El archivo debe identificarse con los apellidos del autor del trabajo y la identificación de la sección de la revista en la que se desea publicar:

  Secciones abiertas a la publicación

  ED (Estudios Doctrinales);
  EDJ (Estudios de Doctrina Judicial);
  EDC (Derecho Comparado y Derecho Extranjero en Seguridad Social y materias conexas);
  ES (Economía y Sociología de la Seguridad Social y del Estado Social);
  REC (Recensiones)

  Por ejemplo: ORTIZ CASTILLO-ED

2. DATOS Y ESTRUCTURA DEL TRABAJO REMITIDO

Se remitirán dos archivos de la siguiente forma:

- **Primer archivo**: Documento con la identificación del autor o autores. Es un archivo distinto al del trabajo que tendrá el siguiente contenido:
  - Identificación del autor (nombre y apellidos de cada autor); ORCID, datos académicos y/o profesionales, así como la institución en que desempeña sus funciones. Se facilitará el nombre, dirección postal, teléfono y correo electrónico del autor responsable de la correspondencia sobre el artículo.
  - Declaración responsable del autor de que el artículo es original y que no ha sido publicado anteriormente en ningún tipo de soporte (ya sea en papel o digital).

- **Segundo archivo. El trabajo o artículo a publicar**

  Muy importante: No deberá hacer referencia a la autoría del trabajo o cualquier otro dato que permita identificar al autor o autores

El artículo ha de estar encabezado por:

- El título del trabajo y las palabras clave/descriptores (entre 3 y 6), primero en español y luego en inglés.

- Un resumen del trabajo de 10 líneas aproximadamente y, a continuación, su traducción de este al inglés (*abstract*).
- Sumario. Se utilizará la numeración arábiga (1, 1.1, 1.1.1, etc.)

El artículo habrá de contener una bibliografía final

- **Extensión del trabajo**. La extensión de los trabajos será, conforme a la sección de la Revista a la que vayan destinados, la siguiente:
  - Estudios Doctrinales, Derecho Comparado Derecho Extranjero en Seguridad Social y materias Conexas y Economía y Sociología de la Seguridad Social y del Estado Social: máximo 25 páginas (incluido título, extracto, palabras claves, sumario, anexos, bibliografía, etc.).
  - Estudios de Doctrina Judicial: máximo 22 páginas (incluido título, extracto, palabras clave, sumario, bibliografía, etc.).
  - Recensiones: máximo 3 páginas.
- **Formato del Documento**.

Márgenes:

Superior:	2,50 cm	Izquierda:	3,00 cm	Encabezado:	1,25 cm
Inferior.	2,50 cm	Derecha:	3,00 cm	Pie de página:	1,25 cm

Fuente: Time New Roman, Justificación completa, y con interlineado sencillo (a un espacio). En el interior del Texto de los originales no deben ponerse palabras o frases en negrita o subrayadas. Sí cabe poner palabras o frases en cursivas. Eso sí, evitando una utilización excesiva o abusiva de esta técnica.

Tamaño: Texto normal 12; Notas al Pie 10

Las referencias legislativas o judiciales deberán expresar -en todo lo posible- las referencias propias de la base de datos que se utiliza (o, en su defecto, se deberán citar con datos que aseguren su identificación y localización efectiva (por ejemplo, Boletín Oficial donde se haya publicado, número de recurso o de sentencia, etcétera).

Los apellidos de los autores citados han de ir solo en mayúscula la primera letra, y versales. Los nombres, solo las iniciales.

Ejemplos:

-Si es una obra de autoría individual o en coautoría de hasta cuatro autores:

Rodríguez Iniesta, G.: Las prestaciones por muerte y supervivencia. Viudedad, orfandad y favor de familiares, Murcia, Laborum, 2009, pp. 201-242.

Monereo Pérez, J.L.: Los orígenes de la Seguridad Social en España. José Maluquer y Salvador, Granada, Comares, 2007, pp. 40-48.

-Si es una parte de una obra colectiva con directores y/o coordinadores:

VV.AA.: La economía de la Seguridad Social. Sostenibilidad y viabilidad del Sistema, Sánchez Rodas, C. y Ortiz Castillo, F. (Ed.), Murcia, Laborum, 2006, pp. 50-80.

VV.AA.: V Congreso Nacional de la Asociación Española de Salud y Seguridad Social. La Seguridad Social en el Siglo XXI, Ojeda Avilés, A. (Ed.), Murcia, Laborum, 2008, pp. 106-125.

VV.AA.: VIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Salud y Seguridad Social. La reforma de las pensiones en la Ley 27/2011, Ortiz Castillo, F. (Ed.), Murcia, Laborum, 2011.

VV.AA.: Los retos de la asistencia sanitaria española en el contexto de la Unión Europea. XIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Salud y Seguridad Social, Monereo Pérez, J.L. (Ed.), Murcia, Laborum, 2016.

VV.AA.: La reforma de la Seguridad Social. Estudio sistemático de la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social, Monereo Pérez, J.L. (Dir.), Madrid, La Ley, 2008, pp. 145-173.

VV.AA.: La reforma y modernización de la Seguridad Social. Análisis de la Ley 27/2011, de 1 de agosto, Sempere Navarro, A.V. y Fernández orrico, F.J. (Dirs.), Cizur Menor (Navarra), Aranzadi, 2012.

Los títulos de una obra o de una Revista, en cursiva. El título de un capítulo o de un artículo doctrinal, entrecomillado o con corchetes.

3. PROCESO EDITORIAL

- **Recepción de artículos**. Hay 2 formas de recepcionar los artículos, bien enviándolos por mail a revsegsoc@laborum.es o bien mediante la plataforma de la revista digital https://revista.laborum.es, en la cual se deben registrar como autores para tener acceso a la sección de enviar artículos.

  Se acusará su recibo por la Coordinación de la Editorial lo que no implicará su aceptación.

  Una vez acusado recibo, la Coordinación efectuará una primera valoración editorial consistente en comprobar tanto la adecuación al ámbito temático como el cumplimento de los requisitos de presentación formal exigidos en el punto 2, quedando autorizada la Editorial a la devolución de los estudios mientras no se ajuste a las normas de publicación indicadas.

- **Remisión de originales al Consejo de Redacción**. La Coordinación de la Editorial remitirá el trabajo al Consejo de Redacción de la Revista, que analizará el estudio valorando su remisión a los evaluadores externos, ajenos a los Consejos de Redacción y Asesor, y que han sido seleccionados por los editores de la revista (*vid.* https://revista.laborum.es/equipoeditorial o listado en inicio revista) teniendo en cuenta sus méritos académicos, su acreditada solvencia investigadora y su dilatada experiencia en el ámbito de las Ciencias Jurídicas y Sociales.

- **Sistema de revisión por pares**. El artículo enviado a evaluación será analizado por dos evaluadores externos, de forma confidencial y anónima, quienes emitirán un informe sobre la conveniencia o no de su publicación, que será tomado en consideración por el Consejo de Redacción. El protocolo de evaluación utilizado por los revisores se hace público como anexo a estas normas (*vid.* https://revista.laborum.es). En el caso de juicios dispares entre los dos evaluadores, el trabajo será remitido a un tercer evaluador. El trabajo revisado que se considere puede ser publicado condicionado a la inclusión de modificaciones, deberá ser corregido y devuelto por los autores a la revista en el plazo máximo de un mes, tanto si se solicitan correcciones menores como mayores. De ser necesario, la nueva versión será enviada de nuevo a los revisores externos. Los autores recibirán los informes de evaluación de los revisores, de forma anónima, para que estos puedan realizar (en su caso) las correcciones oportunas.

- Proceso editorial. Una vez finalizad el proceso de evaluación, se enviará al autor principal del trabajo la notificación de aceptación o rechazo para su publicación. Asimismo, le podrán ser remitidas, si fuera necesario, las pruebas de imprenta de su trabajo para su examen y eventual corrección.

- Plazos de publicación. El intervalo entre la recepción y la aceptación será inferior a 60 días y el que media entre la aceptación y la publicación no superará los 90 días.

- Ejemplar para el autor: La editorial hará llegar a autor o autores una versión electrónica del trabajo presentado y publicado

4. CRITERIOS DE POLÍTICA EDITORIAL Y RESPONSABILIDADES ÉTICAS

- **Criterios de política editorial**. Los factores en los que se funda la decisión sobre la aceptación-rechazo de los trabajos por parte de la editorial son los siguientes:
    a) Originalidad.
    b) Actualidad y novedad.
    c) Relevancia y aplicabilidad de los resultados para la resolución de problemas concretos.
    d) Significación para el avance del conocimiento científic
    e) Calidad metodológica contrastada.
    f) Presentación, buena redacción y organización (coherencia lógica y presentación material).

- **Responsabilidades éticas**. La Revista no acepta material previamente publicado. Los autores son responsables de obtener los oportunos permisos para reproducir parcialmente material (texto, tablas o figuras) de otras publicaciones y sitios de Internet y de citar su procedencia correctamente.

  La Editorial considera que la remisión de un trabajo es original, no exigiendo declaración jurada al respecto pero obligándose, en caso de detectarse lo contrario, a la denuncia de prácticas deshonestas sobre los diversos supuestos de fraude científico (plagio, publicación duplicada, etc.).

  En relación con los derechos de autor, los autores pueden utilizar sus derechos para publicar sus trabajos en cualquier otra publicación (formato impreso o electrónico) siempre con el único requisito de reconocer la previa aparición en esta Revista.

CÓDIGO ÉTICO PARA LA REVISTA DE DERECHO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (LABORUM)

La revista «Derecho de la Seguridad Social (Laborum)» se adhiere a las recomendaciones de ELSEVIER y a las normas éticas de COPE: Commitée on Publication Ethics: http://publicationethics.org/resources/code-conduct

A continuación, se detallan de manera específica los compromisos adquiridos por todo el Equipo Editorial para asegurar una actuación responsable tanto de autores, revisores, como de editores.

Compromisos para los autores

— Originalidad en los trabajos: Los autores de manuscritos enviados a la Revista de «Derecho de la Seguridad Social (Laborum)» han de ser originales. Los manuscritos no han de contener copias o reproducciones a trabajos de otros autores o de otros fragmentos de trabajos ya publicados por los mismos autores. Además, se confirmará veracidad de los datos mediante la firma de un documento de "declaración de originalidad" que habrá de enviarse a la editorial.

— Publicaciones múltiples o repetitivas: El autor no debe publicar un mismo artículo o con resultados similares en más de una revista científica. La propuesta simultánea de la misma contribución a múltiples revistas científicas es considerada éticamente incorrecta y reprobable

— Listado de fuentes: Al final de cada trabajo el autor deberá incorporar una relación bibliográfica completa, en la que se recojan todas las fuentes y artículos manejados.

— Autoría: En cuanto a la autoría del manuscrito, los autores garantizan la inclusión de aquellas personas que han hecho una contribución científica e intelectual significativa en la conceptualización y la planificac ón del trabajo como en la interpretación de los resultados y en la redacción del mismo. Al mismo tiempo se han jerarquizado los autores conforme a su categoría y/o nivel de responsabilidad e implicación.

— Conflicto de intereses y divulgación: Todos los autores están obligados a declarar explícitamente que no existen conflictos de intereses que puedan haber influido en los resultados obtenidos o en las interpretaciones propuestas. Los autores también deben indicar cualquier financiación de agencias y/o de proyectos de los que surge el artículo de la investigación.

— Errores o erratas en los artículos publicados: Cuando un autor identifica en su artículo un importante error o una inexactitud, deberá comunicarlo a los editores de la revista y proporcionarles toda la información necesaria para listar las correcciones pertinentes en la parte inferior del mismo artículo.

— Responsabilidad: todos los autores aceptan la responsabilidad de lo que se ha escrito. Los autores se comprometen también a que se ha realizado una revisión de la literatura científica más actual y relevante del tema analizado, teniendo presente de forma plural las diferentes corrientes del conocimiento.

Compromisos para los revisores

— Contribución a la decisión editorial: La revisión por pares y a ciegas le permite a la editorial Laborum tomar decisiones sobre los artículos propuestos y, de igual modo, le permite al autor mejorar en la contribución enviada para su publicación. Los revisores asumen el compromiso de realizar una revisión crítica, honesta y constructiva tanto de la calidad científica, como de la calidad literaria del escrito.

— Tiempos de revisión: La coordinación marcará los tiempos de revisión. El revisor que no pueda terminar la evaluación en el tiempo programado habrá de notificarlo de inmediato a la

coordinadora. Los revisores se comprometen a evaluar los trabajos en el tiempo menor posible para respetar los plazos de entrega.

— Confidencialidad: Cada manuscrito asignado debe ser considerado como confidencial. Por lo tanto, estos textos no se deben discutir con otras personas sin el consentimiento expreso del director, el subdirector y la coordinadora.

— Objetividad: La revisión por pares se realizará de manera objetiva. No se considera adecuado ningún juicio personal sobre los autores de las contribuciones. Los revisores están obligados a dar razones suficientes para sus valoraciones. Los revisores entregarán un informe crítico completo con referencias adecuadas según protocolo de revisiones de la Revista de «Derecho de la Seguridad Social (Laborum)» y las normativas públicas para los revisores; especialmente si se propone que el trabajo sea rechazado. Están obligados a advertir a los editores si partes sustanciales del trabajo ya han sido publicadas o están bajo revisión para otra publicación.

— Visualización de texto: Los revisores se comprometen a indicar con precisión las referencias bibliográficas de obras fundamentales posiblemente olvidadas por el autor. El revisor también debe informar a los editores de cualquier similitud o solapamientos del manuscrito con otros trabajos publicados.

— Conflicto de intereses y divulgación: Información confidencial o información obtenida durante el proceso de revisión por pares debe considerarse confidencial y no puede utilizarse para propósitos personales Los revisores solo revisan un manuscrito cuando no exista conflictos de interés.

Compromisos de los editores

— Decisión de publicación: los editores garantizarán la selección de los revisores más cualificados y especialistas científicamente para emitir una apreciación crítica y experta del trabajo, con los menores sesgos posibles. La revista de «Derecho de la Seguridad Social (Laborum)» opta por seleccionar 2 revisores por cada trabajo de forma que se garantice una mayor objetividad en el proceso de revisión.

— Honestidad: los editores evalúan los artículos enviados para su publicación sólo sobre la base del mérito y la calidad científica de los contenidos

— Confidencialidad: todo el equipo editorial se compromete a no divulgar la información relativa a los artículos enviados para su publicación a otras personas que no sean autores, revisores y editores. Los editores y el Comité Editorial se comprometen a la confidencialidad de los manuscritos, sus autores y revisores, de forma que el anonimato preserve la integridad intelectual de todo el proceso.

— Conflicto de intereses y divulgación: los editores se comprometen a no utilizar en sus investigaciones contenidos de los artículos enviados para su publicación sin el consentimiento por escrito del autor.

— Respeto de los tiempos: los editores son responsables máximos del cumplimiento de los límites de tiempo para las revisiones y la publicación de los trabajos aceptados, para asegurar una rápida difusión de sus resultados. Los trabajos no permanecerán aceptados, sin publicarse y en listas de espera infinitas, más allá del tiempo justo para su edición en los siguientes números de la revista.

RED EUROPEA DE REVISTAS DE DERECHO DE LA SEGURIDAD SOCIAL
(Red Europea de RDSS)

Revista de Derecho de la Seguridad Social, Laborum (ISSN: 2386-7191)
Editorial Laborum, España. Director, Prof. Jose Luis Monereo Pérez.
http://laborum.es/revsegsoc/

EJSS European Journal of Social Security (ISSN: 1388-2627)
Editorial Intersentia, Países Bajos. Editores, Profs. Frans Pennings, Universidad de Utrecht, y Michael Adler, Universidad de Edimburgo
http://www.ejss.eu/

JSSL Journal of Social Security Law (ISSN: 1354-7747)
Publisher Sweet and Maxwell, Reino Unido Editor, Prof. Neville Harris, Universidad de Manchester
http://www.sweetandmaxwell.co.uk/

ERIPS e-Revista Internacional de la Proteccion Social (ISSN: 2445-3269)
Facultad de Derecho de la Universidad de Sevilla. Directora, Prof. Cristina Sánchez-Rodas
http://institucional.us.es/revistapsocial/

RDSS Rivista del Diritto della Sicurezza Sociale (ISSN: 1720-562X)
Editorial il Mulino, Italia. Director responsable, Prof. Maurizio Cinelli, Universidad de Macerata
http://www.mulino.it/riviste/issn/1720-562X

REVISTA EN ACUERDO DE COLABORACIÓN CON:
Revista Derecho del Trabajo. Revista especializada en Derecho del Trabajo y Seguridad Social (ISSN: 2301-1009)
Director Responsable, Mario Garmendia Arigón, Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social
(Universidad de la República/Montevideo-Uruguay y Universidad CLAEH/Punta del Este-Uruguay)
https://opac.um.edu.uy/index.php?lvl=notice_display&id=81710

REVISTA INCLUIDA EN LA CLASIFICACION BIBLIOGRÁFICA DE LAS SIGUIENTES BASES DE DATOS Y ORGANISMOS:

Orientación y enfoque metodológico

Su título refleja la reivindicación del amplio espacio propio e identificable de lo que es la Seguridad Social, frente a esas tendencias de emergentes de encuadrarla dentro de un sistema general de protección social pública.

Es una revista teórico-práctica que reivindica un conocimiento pleno del "Derecho vivo" tal y como se verifica en la experiencia jurídica y en la praxis judicial. Por ello al tiempo de prestar atención a las normas vigentes y a las técnicas legislativas y de protección del Derecho, se contextualiza dentro del marco político, socio-económico y ético en el que se insertan.

Los contenidos incluyen:

- Editorial
- Estudios Doctrinales
- Estudios de Doctrina Judicial
- Derecho Comparado y Derecho Extranjero en Seguridad Social
- Crónica Legislativa, Doctrina Judicial y Noticias Bibliográficas
- Crónica Administrativa en materia de Seguridad Social
- Crónica de Actualidad de la Inspección de Trabajo y de Seguridad Social
- Economía y Sociología de la Seguridad Social y del Estado Social
- Clásicos de la Seguridad Social

La presente revista, dedicada específicamente al Derecho de la Seguridad Social, consta de:

- *Editorial*
- *Estudios Doctrinales*
- *Estudios de Doctrina Judicial*
- *Derecho comparado y Derecho Extranjero en Seguridad Social*
- *Crónica Legislativa, Doctrina Judicial y Noticias Bibliográficas*
- *Crónica de Doctrina Administrativa en materia de Seguridad Social*
- *Crónica de Actualidad de la Inspección de Trabajo y de Seguridad Social*
- *Economía y Sociología de la Seguridad Social y del Estado Social*
- *Clásicos de la Seguridad Social*

Consta de 4 números anuales de periodicidad trimestral.
Se edita en papel y digital, y la inscripción a cualquiera de ambas versiones puede realizarse por los medios que figuran al inicio de la revista.

Ediciones
Laborum