

**PROPUESTAS PARA LA  
REGENERACIÓN DEL SISTEMA  
SANITARIO ESPAÑOL DESPUÉS DE  
LA EPIDEMIA MEDIANTE UNA  
NUEVA LEY DE SANIDAD DE  
ORIENTACIÓN FEDERAL**

## **PLATAFORMA POR UNA GESTIÓN FEDERAL DE LA SANIDAD UNIVERSAL**

**Javier Rey del Castillo**

**Pedro Sabando Suárez**

**Ramón Gálvez Zaloña**

**José Ignacio Cuervo Argudín**

**José Jesús Martín Martín**

**Abel Novoa Jurado**

**Luis Palomo Cobos**

**Josep Manel Picas**

**Carlos Ponte Mittelbrum**

**Cayetano Rodríguez Escudero**

**Juan Simó Miñana**

**Antonio Sitges- Serra**

**Eduardo Spagnolo de la Torre**

# Índice

RESUMEN .....	4
I.- INTRODUCCIÓN.....	11
II.- LA SITUACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS) A LA LUZ DE LA EPIDEMIA POR EL COVID19. ....	13
III.- LA CONSTITUCIÓN Y FUNCIONES DE LA COMISIÓN DE RECONSTRUCCIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL DEL CONGRESO EN RELACIÓN CON LA SANIDAD. ....	21
IV.- LA DISTRIBUCIÓN DE LAS COMPETENCIAS SANITARIAS EN LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA (CE) Y SU DESARROLLO POSTERIOR. ....	23
IV.1) Las competencias sanitarias en la Constitución Española. ....	23
IV.2) El desarrollo de las previsiones constitucionales en materia sanitaria. ....	25
IV.3) Los déficits de la Ley General de Sanidad (LGS), de 1986, como norma básica del sistema sanitario universal.....	26
V.- LA INCLUSIÓN DE LA FINANCIACIÓN SANITARIA EN EL SISTEMA DE FINANCIACIÓN DE LAS CCAA DE RÉGIMEN COMÚN, UNA VUELTA DE TUERCA MÁS EN LA DESINTEGRACIÓN DEL SNS QUE, SIN EMBARGO, PUEDE RESOLVERSE CON MEDIDAS DE RANGO LEGAL. ....	39
V.1) La evolución de las fuentes de financiación de la asistencia sanitaria desde la LGS hasta la actualidad. ....	39
V.2) Los efectos de la inclusión de la financiación de la asistencia sanitaria en el sistema de financiación general de las CCAA de régimen común.....	43
V.3) El resultado de ese cambio de interpretación del título competencial con arreglo al cual se había asumido por las CCAA la competencia sobre la asistencia sanitaria es que cambiaron también las acciones susceptibles de llevarse a cabo por la AGE y las propias CCAA para el gobierno de esa misma competencia.....	45
VI.- LOS EFECTOS DE LAS REGULACIONES DE LA SANIDAD MENCIONADAS SOBRE EL EJERCICIO DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y SOBRE EL GOBIERNO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS. ....	47
VI.1) La aparición de desigualdades como consecuencia del proceso de descentralización del sistema sanitario español que ha tenido lugar. ....	47
VI.2) La organización y funcionamiento del Ministerio de Sanidad como órgano central del SNS. ....	50
VI.3) La organización y el funcionamiento de los servicios de salud autonómicos. ....	53
VI.4) La exclusión de la financiación sanitaria del sistema de financiación autonómica general es un punto clave para una nueva regulación del sistema sanitario de sentido federal sin necesidad de introducir modificaciones en la distribución constitucional de las competencias sanitarias. ....	59
VII.- PROPUESTAS.....	62

## RESUMEN

I.- La crisis sanitaria generada por la epidemia provocada por el coronavirus, una entidad patógena desconocida hasta ahora y contra la cual se carece todavía de instrumentos de prevención, en particular una vacuna segura y de eficacia comprobada, y de tratamientos experimentados igualmente eficaces, constituye el “test de estrés” real más importante al que se ha visto sometido el Sistema Nacional de Salud desde que se creó en 1986.

Que el inicio de la crisis epidémica coincidiera con la puesta en marcha de un Gobierno de coalición, que constituía por sí mismo una experiencia inédita en el desarrollo democrático más reciente de nuestro país desde la Constitución de 1978, significa una segunda singularidad de la misma. Una singularidad que, sin embargo, antes de que la propia crisis epidémica se iniciase, no se había traducido en que el nuevo Gobierno manifestase ningún grado de interés político prioritario distinto al de gobiernos anteriores por los asuntos sanitarios. Esa ausencia de interés prioritario previo por parte del Gobierno quedó reflejada en el evidente desprecio por parte de los dos partidos que lo forman por ocupar la cartera sanitaria; y, del mismo modo, también en las limitaciones de las propuestas sanitarias más importantes incluidas en el programa del gobierno de coalición. El desinterés por lo sanitario anterior a la crisis contrasta vivamente con el súbito interés por la situación y el funcionamiento del sistema sanitario que ha provocado el desarrollo de la misma.

Con los gobiernos anteriores, al igual que con la mayoría de los partidos que conforman el panorama político español, los dos que forman el gobierno actual parecían compartir que la sanidad, que “está transferida a las CCAA”, es un asunto sólo propio de éstas; lo que no obsta para considerar a la vez que es “uno de los mejores sanitarios del mundo”, en todo caso ajeno en su gestión al propio Gobierno de la nación.

II.- Lo reciente del inicio de la crisis, todavía no cerrada, hace que muchos de los análisis que son necesarios para hacer una valoración adecuada de la respuesta a la misma por parte de nuestro sistema sanitario y, en relación con ello, de las fortalezas y debilidades de éste, no estén todavía disponibles con la amplitud y profundidad adecuadas. Cabe, sin embargo, destacar algunos rasgos generales del desarrollo y la respuesta a la crisis epidémica que pueden servir de base para esa esa doble valoración:

1) En primer lugar, se debe destacar que la capacidad de adaptación del sistema sanitario en su conjunto, en su vertiente asistencial, para dar respuesta a la crisis ha superado con creces las expectativas previas para hacerlo así.

En el caso de los hospitales, los cambios introducidos en la organización y el funcionamiento de muchos de ellos, ampliando su capacidad general y específica de las unidades de cuidados intensivos, las formas de trabajar del personal, y el diseño de circuitos y espacios de actuación específicos para los pacientes afectados por el virus y los de otras patologías, han sido, entre otras, medidas que, adoptadas de manera diversa pero eficaz por muchos, han evitado que se superase la capacidad asistencial del sistema, que era el riesgo principal que se temía al inicio de la epidemia.

Esa capacidad de adaptación ha resultado, sin embargo, más limitada por parte de los centros de atención primaria, sobre todo por la diferente gestión de este nivel que se ha impuesto al personal sanitario por diferentes CCAA durante la fase más aguda de la crisis, que ha incluido en algunos casos medidas como el cierre de centros, o la derivación de su personal a centros hospitalarios provisionales. Se trata de situaciones que ponen de manifiesto una falta crónica de confianza en la capacidad resolutoria de la atención primaria, que, sin embargo, tiene ahora un importante papel que cumplir en evitar la aparición de rebrotes epidémicos.

La base principal de esa respuesta adaptativa positiva ha sido en todo caso la capacitación profesional, obtenida en el caso de los médicos por el sistema MIR, y el esfuerzo del personal sanitario de uno y otro nivel asistencial. Un esfuerzo realizado pese a la reducción de las plantillas, la situación de eventualidad de más de un tercio del personal sanitario en su conjunto, y las restricciones salariales, situaciones que son todas ellas resultado de las políticas de recorte presupuestario aplicadas al sistema sanitario durante años tras la crisis económica previa.

2) La ausencia de un sistema adecuado de salud pública y vigilancia epidemiológica, tanto a nivel de las CCAA como su coordinación a nivel central, está en relación directa con el retraso innegable que se produjo en la adopción de las medidas de salud pública adecuadas para acotar el desarrollo de la epidemia.

La revisión de las bases organizativas y profesionales del sistema de vigilancia epidemiológica a sus distintos niveles y, más en general, la organización autonómica y central de los servicios de Salud Pública, incluidos los de Sanidad Exterior, de especial importancia durante la desescalada, parece una consecuencia imprescindible de las deficiencias de los mismos observadas durante la crisis actual.

3) Se han observado las mismas carencias en los sistemas de información sanitaria general disponibles, lo que ha impedido que se pudiera disponer de manera efectiva de datos sobre personal sanitario, dotación de distinta clase de material preciso para abordar el tratamiento de distintos grupos de pacientes, número de camas generales y en UCIs disponibles en cada CA y en cada momento, o incluso la incidencia real de la enfermedad y su grado de contagiosidad y letalidad. Todo ello ha provocado dificultades importantes para dar una respuesta homogénea y global a la epidemia, y la necesidad de establecer mecanismos de información específicos durante el desarrollo de ésta impuestos desde el propio M<sup>º</sup> de Sanidad que, sin embargo, no son sostenibles una vez finalizado el estado de alarma.

4) Se han observado las mismas carencias en la dotación y distribución de medios de diagnóstico, equipos de protección personal de distinto tipo, e instrumentos terapéuticos, como los respiradores, que han dado lugar a situaciones de desabastecimiento en determinados momentos, sobre todo en las fases iniciales de la crisis. Esas carencias remiten de manera directa a las dificultades puestas por las CCAA para constituir un sistema común de compras, previsto desde la Ley General de Sanidad (LGS), pero nunca desarrollado de manera general y efectiva, e imposible de desarrollar

de manera apresurada en una situación de crisis; un sistema que, en todo caso, debería adaptarse a las diferentes características de los distintos tipos de recursos necesarios para la atención ordinaria y en situaciones de crisis.

5) La elevada mortalidad observada en las residencias que acogen a una parte significativa de la población de mayor edad, conforme a un modelo puramente “asilar” en su mayoría y asentado principalmente sobre bases privadas, ha sido la base para poner en cuestión ese mismo modelo, pero también la relación de aquéllas con el sistema sanitario, y el grado de responsabilidad que éste debería asumir sobre la atención prestada en las mismas.

III.- El carácter estructural de los problemas citados lleva a considerar que todos ellos carecen de solución si no se abordan cambios sustanciales en la organización y el funcionamiento de los servicios sanitarios, tanto en el terreno de la Salud Pública como en el de la asistencia sanitaria (e igualmente en los de los servicios sociales, en especial las residencias de mayores). En este informe comenzamos, por eso, por realizar, en sentido inverso al previsto en el Plan de Trabajo de la propia Comisión, un análisis del desarrollo y la situación de las bases constitucionales y legislativas de la organización de los servicios sanitarios, y de la posibilidad de introducir modificaciones en los desarrollos normativos que pudieran llevar al fortalecimiento tanto del SNS como del de Salud Pública.

Lo peculiar de la distribución de las responsabilidades sanitarias es que el propio texto constitucional separó éstas en dos partes diferenciadas: así como las agrupadas bajo el concepto general de “salud pública” (“*Sanidad e higiene*”) se atribuyeron como competencias propias y, por tanto sometidas sólo a sus propios criterios de organización y control de su ejercicio, a las CCAA que se constituyesen (artº 148.1.21 CE), las de la atención sanitaria, que en aquel momento se prestaba mayoritariamente por el sistema de Seguridad Social como parte de éste, y suponían la parte más importante (más del 97%) del gasto público sanitario, se atribuyeron a la AGE como parte del “*régimen económico de la Seguridad Social*”, “*sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las CCAA*” (artº 149.1.17 CE).

El proceso descentralizador que siguió a la distribución de competencias citada, y la regulación, mediante la Ley General de Sanidad (LGS), de la organización del sistema sanitario que llevó a la constitución del Sistema Nacional de Salud (SNS), como instrumento para hacer efectivo el ejercicio del derecho universal a la protección sanitaria reconocido en el artículo 43 de la propia Constitución Española (CE), reunieron, por su parte algunas condiciones peculiares:

1) En primer lugar, la preeminencia del proceso descentralizador sobre el de constitución del SNS. De hecho, el traspaso de la “Sanidad e higiene” a la totalidad de las CCAA se había completado antes de que se promulgara la LGS. Y por su parte, el de la asistencia sanitaria había tenido lugar a dos CCAA, Cataluña en 1981, y Andalucía en 1984, antes de la promulgación de la misma Ley, en 1986.

Las consecuencias de esos traspasos previos a la propia Ley que debía llevar a cabo la regulación del sistema sanitario universal pero de gestión descentralizada fueron distintos en uno y otro terreno: en el caso de los servicios de salud pública, la Ley, por razones añadidas derivadas de determinadas sentencias (32/1983 y 42/1983) del Tribunal Constitucional (TC), renunció a establecer una regulación expresa de la forma en que debían asumir sus responsabilidades en esa materia las CCAA; renunció también a definir la forma en que las mismas debían contribuir a mantener los servicios de información y vigilancia epidemiológica general; y a establecer los mecanismos en que se debían traducir las competencias de la propia AGE para establecer las “bases y coordinación general de la sanidad”, conforme a lo dispuesto en el artículo 149.1.16 de la propia Constitución. La concentración en el Instituto Carlos III de los órganos centrales que debían mantener el funcionamiento coordinado de los sistemas de salud pública y vigilancia epidemiológica, y el traspaso posterior, en 2008, de este Instituto al Ministerio de Ciencia e Innovación, se sumaron después para determinar las carencias observadas en el funcionamiento de esos sistemas durante el desarrollo de la crisis.

Por su parte, en el caso de la asistencia sanitaria, el traspaso de la misma anterior a la Ley a las dos CCAA citadas sin atenerse a ninguna regla ni modelo prefijado, provocó, en sentido contrario, que las reglas del traspaso, aplicadas en esos dos casos conforme a sus propios intereses, resultasen aplicables, aunque en condiciones desiguales, al resto de las CCAA, a medida que los fueron recibiendo. Un proceso que, en todo caso, se prolongó durante más de veinte años, hasta 2002, como consecuencia de la indefinición en la LGS del modelo final de organización descentralizada al que se aspiraba, que dejó al criterio de cada CA, previa modificación de su estatuto de autonomía, la decisión de requerir o no el traspaso de la asistencia sanitaria cuando lo estimase oportuno. Las deficiencias regulatorias se extendieron además también en este caso a una definición muy limitada de los mecanismos dirigidos a mantener el funcionamiento coordinado de los servicios traspasados, y a garantizar las condiciones universales de la prestación de los servicios a todos los ciudadanos con derecho ella en todo el territorio español.

2) La segunda condición destacable de la actual regulación constitucional y legal de los servicios sanitarios es que traslada al ámbito de la organización de éstos una consideración prioritaria y principal del valor económico directo de estos servicios, traducida en términos de presupuesto y gasto de las administraciones que los gestionan, sobre la prestación universal e igualitaria de los propios servicios sanitarios.

La consideración económica prioritaria subyace de hecho a la distribución constitucional de las competencias sanitarias: el presupuesto y el gasto de los centros y servicios responsables de la protección colectiva de la salud de la población en su conjunto, lo que se engloba en el concepto de “salud pública”, supone, en España y en cualquier otro país, una proporción muy minoritaria, aquí alrededor del 2%, del presupuesto y el gasto sanitario global de cualquier país. Se trata, en todo caso, de un criterio que la propia crisis provocada por el coronavirus ha puesto en cuestión: la enorme repercusión económica a medio y largo plazo que pueden tener las epidemias producidas por diferentes agentes patógenos biológicos (bacterias y virus sobre todo),

que eran el objeto principal de atención de los servicios de salud pública en su versión más tradicional, y de las que en los países más desarrollados, afectados de manera preferente por las “enfermedades de la civilización” (cardiovasculares, cáncer, autoinmunes) creíamos haber quedado libres, es el ejemplo más evidente del error de previsión que ese criterio suponía. De ello se deriva la necesidad de llevar a cabo una nueva regulación y la reorganización de estos servicios que tengan en cuenta la enorme repercusión económica que puede tener el deterioro de su funcionamiento.

El mismo criterio de la importancia económica directa de la asistencia sanitaria es el que ha guiado el proceso y las formas de la descentralización de su gestión. De manera general, el traspaso de la asistencia sanitaria a las CCAA ha supuesto el traslado de la importancia del presupuesto y el gasto sanitario en los correspondientes de la Seguridad Social, de los que suponían alrededor del 30% antes de que se llevase a cabo ningún traspaso, al presupuesto y el gasto de cada una de las CCAA, de los que supone un promedio del 35% en cada una, y, en muchas de ellas, en consecuencia, un porcentaje, con tendencia creciente, aún mayor, después del traspaso competencial. Que en esas condiciones la razón económica fuera la razón principal para demandar y obtener el traspaso de la asistencia sanitaria, por encima de cualquier criterio relativo a mejorar la gestión de estos servicios, no es extraño. Es, por el contrario, un criterio cuya veracidad se puede corroborar mediante el análisis de todos los traspasos efectuados en esta materia, desde el primero, a Cataluña, en 1981, hasta los realizados en diciembre de 2001 a las 10 últimas CCAA que lo hicieron efectivo de manera simultánea.

La consecuencia más inmediata de ese interés económico prioritario subyacente al traspaso de la asistencia sanitaria fue el interés puesto por todas las CCAA a medida que iban recibiendo el traspaso, la primera de ellas a Cataluña, en evitar cualquier control externo a la propia CA sobre la gestión de los fondos recibidos como consecuencia del traspaso efectuado. Una ausencia de control externo que se mantuvo durante todo el período, hasta 2002, en que la financiación de la asistencia sanitaria se mantuvo bajo un régimen de financiación específico. Y que se consolidó cuando en esa fecha, y en coincidencia y como condición para la finalización del traspaso de esa competencia a las 10 CCAA que no lo habían recibido hasta entonces, la financiación de la asistencia sanitaria se integró en el régimen general de financiación común de las CCAA, previsto para la de las competencias “propias” de éstas.

La extensión de esa ausencia de cualquier control externo más allá del financiero a la organización y el desarrollo de cualquier actividad realizada o servicio prestado como competencia “propia” de cada CA bajo el régimen de financiación citado ha supuesto, de una parte, una vuelta de tuerca más en la ruptura del SNS como un sistema integrado y único, y su desintegración de hecho en 17 sistemas de salud diferentes, carentes de los mecanismos de coordinación necesarios para mantener las condiciones universales e igualitarias de la protección sanitaria. Y, a la vez, por razones que se explican más ampliamente en el informe, convierte la recuperación de un sistema de financiación sanitaria específico en el instrumento y la condición para recuperar, mediante normas de rango legal que no precisan de ninguna modificación constitucional, una organización

“federal” del SNS, que le convierta en garante real del mantenimiento de las condiciones citadas.

3) Las regulaciones sanitarias desarrolladas hasta ahora siguiendo las líneas descritas han tenido efectos diversos:

-sobre la prestación de los servicios sanitarios, la aparición de desigualdades importantes en el acceso a los mismos por parte de los ciudadanos residentes en diferentes CCAA, acompañadas de restricciones en el acceso universal a los servicios prestados en territorios de CCAA distintas al de la residencia habitual, y de la multiplicación ineficiente de servicios de calidad desigual como consecuencia de una marcada tendencia a la planificación y el funcionamiento “autárquico” de los servicios sanitarios de cada CA.

-un desarrollo raquítico de los sistemas de información que, además de facilitar la gestión integrada del conjunto del sistema sanitario, tanto en su funcionamiento ordinario como en situaciones de crisis, deberían servir de base para la detección de las desigualdades citadas, y cuya conformación, como ocurre en el caso de las listas de espera, parece, por el contrario, orientado más bien a confirmar la imagen de cada CA como gestor exclusivo de los servicios sanitarios para sus propios ciudadanos.

-mecanismos de gestión de las compras que impiden las economías de escala y los beneficios que se podrían derivar de las mismas del “poder de compra” del SNS si actuara de manera conjunta y solidaria, lo que reduciría a la vez las posibilidades de generar conductas corruptas en las adjudicaciones.

- el deterioro del Ministerio de Sanidad como órgano del Gobierno para la dirección de la política sanitaria. Un deterioro producido como consecuencia de la reducción no sólo cuantitativa, sino también cualitativa de su plantilla, pero también de una mala definición legal de su papel en la coordinación de los servicios sanitarios, y por la atribución de funciones esenciales propias del mismo (como el reconocimiento del derecho a la protección sanitaria; la gestión de una base de datos única de la población protegida y la emisión de una tarjeta sanitaria que acredite el reconocimiento del derecho; o la gestión de la protección sanitaria de los grupos de población que ejercen su derecho por vías distintas al SNS) a otros departamentos ministeriales.

- en el caso de la gestión autonómica de la sanidad, la subordinación efectiva de las consejerías y los servicios de salud autonómicos a los departamentos económicos de las propias CCAA, como consecuencia de la importancia de los presupuestos y el gasto sanitario en los de cada CA. Pero a la vez, la paralización de las iniciativas para mejorar el funcionamiento y la gestión de sus servicios sanitarios en aspectos centrales, como la gestión del personal, o la constitución jurídica, organización y gobierno de los centros sanitarios, a la espera de una regulación general de estas cuestiones en el conjunto del SNS, que lleva sin modificarse casi dos décadas.

**IV.-** La situación del SNS descrita en los apartados previos es la referencia necesaria para formular las propuestas de regeneración del propio Sistema tras la epidemia, propuestas que, en todo caso, deben afectar a dos tiempos distintos.

1) En el plazo más inmediato, hay un alto grado de acuerdo general en que se deben adoptar medidas para paliar los efectos más directos de la epidemia sobre el sistema sanitario y para preparar una mejor respuesta de éste ante posibles rebrotes u oleadas sucesivas de la misma.

Entre las medidas de ese carácter se encuentran el reforzamiento general de las plantillas de los centros sanitarios, muy deterioradas como consecuencia de las medidas de recorte adoptadas durante la anterior crisis económica; la contratación específica de personal para el desempeño de las funciones de detección precoz de casos y seguimiento de contactos desde la atención primaria; la compra del material necesario para la realización de los test diagnósticos precisos a los grupos de población que se establezcan como prioritarios para evitar nuevos rebrotes; la compra y acumulación de equipos de protección personal que garanticen su disponibilidad si esos rebrotes se producen; o incluso la realización de procesos de formación específicos del personal sanitario que mejoren su capacitación para dar respuesta a nuevas situaciones de crisis epidémica que se puedan producir en un futuro más o menos inmediato. Todas ellas requieren de una financiación adicional, que ya ha sido concretada por el Gobierno en la suma total de 9.000 millones de euros.

El control centralizado de la utilización de esos fondos y su dedicación a los fines específicos para los que se prevean constituye en todo caso una garantía de equidad y eficiencia en la utilización de los mismos muy superior al debate que se ha iniciado ya sobre los criterios de distribución de esos fondos y su puesta a la libre disposición de las CCAA que se está planteando desde éstas.

2) A medio plazo, la regeneración del SNS requiere una modificación de las bases legales que rigen su organización y funcionamiento mediante una nueva Ley de Sanidad de orientación federal que corrija las insuficiencias regulatorias de las normas actuales a las que se ha hecho referencia en apartados previos, y que permita conjugar el equilibrio del ejercicio de las competencias entre las distintas Administraciones con la garantía del acceso universal a la asistencia sanitaria con condiciones de equidad

Los contenidos generales de una legislación de ese carácter, que incluye como condición necesaria un nuevo sistema de financiación específica de la asistencia sanitaria, se pormenorizan en las propuestas finales de este informe. Esas propuestas nacen, en todo caso, de la convicción de que, dejado a su inercia, el Sistema Sanitario en su organización y articulación legal actuales será cada vez más ineficiente, más despilfarrador y, por lo tanto más injusto y que, por otro lado, los ciudadanos se sentirán cada vez más inseguros en un sistema que no les protege de la inequidad en las prestaciones, ni les ofrece garantía jurídica y administrativa en el derecho a la asistencia sanitaria en todo el territorio nacional.

## I.- INTRODUCCIÓN

El inicio de la crisis epidémica generada por el coronavirus coincidió en España con la puesta en marcha de un Gobierno de coalición, que constituía por sí mismo una experiencia inédita en el desarrollo democrático más reciente de nuestro país, desde la Constitución de 1978.

Desde el punto de vista sanitario es importante destacar que, en la constitución de ese nuevo Gobierno, la sanidad, como ha venido ocurriendo con todos los gobiernos democráticos desde la aprobación del texto constitucional, careció de cualquier grado de interés político prioritario, lo que tuvo expresiones diversas:

a) El desprecio por asumir la cartera sanitaria por parte de los dos partidos que lo forman fue en este caso tan evidente y tuvo manifestaciones tan expresas como lo fue durante el anterior intento fallido de formar gobierno tras las elecciones previas.

b) Por su parte, el nombramiento del nuevo ministro de Sanidad, apuntaba una vez más a que el relleno “residual” de la cartera sanitaria había obedecido finalmente una vez más al interés por dar cobertura preferente en el Gobierno a alguien que, carente de conocimiento sanitario alguno, tenía conocimiento y capacidad de intervenir en un terreno, el de la relación con Cataluña, en el que este Gobierno tiene uno de los problemas de más difícil gestión.

c) Por su parte, las propuestas sanitarias más importantes incluidas en el programa de gobierno de la coalición adolecían de la misma inconsistencia:

- la recuperación de la “universalización” del derecho a la atención sanitaria parecía de nuevo enfocada de manera preferente a lograr la atención de la población inmigrante en situación irregular, sin diferenciación alguna ni en su extensión ni en su forma respecto a la población española. Ese enfoque prioritario dejaba al margen los problemas que existen para hacer efectiva la igualdad en acceso y calidad de los servicios de todos los ciudadanos españoles en todo el territorio español.

- la eliminación de los copagos farmacéuticos para los pensionistas de rentas más bajas reducía el abordaje del problema del gasto farmacéutico, que es una de los problemas principales que afectan a la sostenibilidad económica del sistema sanitario en su conjunto, a términos muy alejados de la realidad universal que supone el problema de cómo afrontar el poder de las empresas farmacéuticas, que imponen sus precios y la orientación de la innovación en este campo a todos los sistemas sanitarios, poniendo en cuestión la sostenibilidad económica de éstos, y no sólo la del SNS español.

- El objetivo de aumentar el gasto público sanitario al 7% del PIB carece por sí mismo de capacidad de mejora de la atención sanitaria de todos los ciudadanos si no se acompaña de medidas específicas vinculadas al mismo en distintas áreas que mejoren la eficiencia del gasto. Medidas que, por otra parte, resultan de difícil, si no imposible, adopción en el contexto actual de la inclusión indiferenciada de la financiación sanitaria en el sistema de financiación autonómica general.

- La revisión de la Ley 15/1997, de habilitación de nuevas formas de gestión del SNS, a la que se atribuye “abrir la puerta a la privatización” de éste, y cuya aplicación resultó limitada a los centros de nueva creación en distintas CCAA, no resuelve el deterioro manifiesto de la gestión de los centros públicos que se ha producido en paralelo en los últimos años, que carece de cualquier propuesta programática para su solución.

- La ampliación prioritaria de la cobertura material de la protección sanitaria con la atención bucodental en términos no concretados podría servir para ocultar la persistencia de desigualdades importantes en el acceso y calidad de otras prestaciones por distintos grupos poblacionales y en diferentes territorios.

Entre las razones más importantes que parecen dar soporte al desprecio sostenido por parte de la izquierda, tanto cuando gobierna como en la oposición, de la consideración de las reformas necesarias del sistema sanitario para garantizar sus condiciones principales de universalidad y equidad, se encuentra la afirmación, sustentada en repetidas ocasiones por representantes de los dos partidos hoy en el Gobierno, de que “la sanidad está transferida a las CCAA”. Se trata de una opinión probablemente compartida por buena parte de los restantes partidos que han apoyado la constitución del Gobierno de coalición, pero también por los partidos del centro y la derecha. Su conclusión más extrema, ya enunciada en alguna ocasión desde posiciones diferentes, sería la propuesta de desaparición del M<sup>º</sup> de Sanidad.

Se trata en todo caso de una afirmación sin matices de la que se deduce en la práctica la imposibilidad de intervenir en su gestión de manera eficaz desde el propio Gobierno de la nación; lo que deriva, a su vez, en el carácter secundario y subordinado de la actividad sanitaria para éste, y en el escaso papel que, dentro del mismo, tiene el M<sup>º</sup> de Sanidad, incluso en sus funciones más propias (reconocimiento del derecho a la protección sanitaria; financiación y control del gasto sanitario; coordinación y garantía universal de la prestación de servicios): las dos primeras de las citadas están adscritas a otros departamentos ministeriales, el de Seguridad Social y el de Hacienda respectivamente, y, en el caso de la tercera, el de Sanidad carece de instrumentos eficaces para llevar a cabo esa función.

Recordar que este fue el contexto político que acompañó el inicio de la crisis epidémica resulta, en todo caso, imprescindible, pues contrasta vivamente con el súbito interés por la situación y el funcionamiento del sistema sanitario que ha provocado el desarrollo de la misma. Pero sirve además para alertar de que la oportunidad de revisar los problemas del propio sistema sanitario que se deriva de la crisis exige ir más allá de las posiciones respecto al desarrollo de éste que han venido manteniendo hasta ahora la totalidad de los partidos políticos.

La mayor coincidencia entre ellos, añadida a la de considerar la sanidad como un “asunto autonómico”, ha venido consistiendo en calificar a nuestro sistema sanitario como uno de los mejores del mundo. Se trata de una valoración carente de eficacia para afrontar los problemas que le afectan que, sin embargo, servía sobre todo para evitar el debate

sobre esos problemas. Es esa situación de interés marginal de lo sanitario la que se ha visto barrida por la crisis, y a la que se trata de dar ahora respuesta.

Esa respuesta vendrá en todo caso condicionada por los diferentes análisis de la situación y los problemas del sistema sanitario que se realicen, propiciados por la constitución de la comisión correspondiente en el Congreso de los Diputados. Y es a ésta a la que, siguiendo su invitación, queremos dirigir nuestras aportaciones, análisis y propuestas específicos.

Nuestra argumentación principal se basa en considerar que sólo un desarrollo “federalizante” de nuestro sistema sanitario permitirá superar una parte importante de los problemas de éste, que creemos derivados de un desarrollo previo de carácter exclusivamente descentralizador, y carente, por el contrario, del establecimiento de los mecanismos de cohesión necesarios para mantener sus condiciones esenciales de universalidad y equidad en el acceso a la atención. Y que, por otra parte, un desarrollo de esas características, cuyas formas de desarrollo concretas pretendemos exponer en este documento, es el único que resulta acorde con los avances que son necesarios en el modelo de organización autonómica del Estado, que es otro de los problemas principales que tiene pendientes de resolver la consolidación de nuestro sistema democrático con perspectiva de futuro.

## II.- LA SITUACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS) A LA LUZ DE LA EPIDEMIA POR EL COVID19.

La crisis sanitaria generada por la epidemia provocada por el coronavirus, una entidad patógena desconocida hasta ahora y contra la cual se carece todavía de instrumentos de prevención, singularmente una vacuna segura y de eficacia comprobada, y de tratamientos experimentados igualmente eficaces, constituye el “test de estrés” real más importante al que se ha visto sometido el Sistema Nacional de Salud desde que se creó, en 1986.

Lo reciente e inmediato del inicio de la crisis, por otra parte todavía no cerrada, hace que muchos de los análisis que son necesarios para hacer una valoración adecuada de la respuesta a la misma por parte de nuestro sistema sanitario y, en relación con ello, de las fortalezas y debilidades de éste, no estén todavía disponibles con la amplitud y profundidad adecuadas.

Pese a todo, en las valoraciones y comentarios que se han ido haciendo públicos hasta ahora, y en algunas de las propuestas que se han ido formulando desde distintos ámbitos de cara a mejorar la respuesta del sistema frente a posibles rebrotes de la epidemia actual, o a la aparición de nuevos brotes epidémicos por agentes patógenos distintos, se puede observar un amplio grado de coincidencia en algunas de ellas.

Más allá de esa coincidencia se pueden deducir también algunos rasgos generales que caracterizan las actitudes de quienes, desde sectores e intereses distintos, han intervenido hasta ahora en la formulación de esas valoraciones y propuestas. Unas y otros son la base de las observaciones que se realizan a continuación.

**II.1)** La primera coincidencia amplia, en este caso de sentido positivo, se da en considerar que **la capacidad de adaptación del sistema sanitario** en su conjunto, en su vertiente asistencial, **para dar respuesta a la crisis ha superado con creces las expectativas previas** para hacerlo así. No se puede olvidar que la declaración del estado de alarma tuvo como objetivo principal ralentizar en lo posible la difusión de la enfermedad mediante medidas generales inmediatas para reducir el número de contagios, facilitar su detección precoz, y hacer posible el aislamiento de los contagiados, con el objeto de evitar el colapso de los hospitales y, en particular, el de las unidades de cuidados intensivos, cuya dotación era y sigue siendo limitada.

La rápida ampliación realizada de la dotación de camas hospitalarias y su redistribución entre especialidades, y de manera específica de las de las unidades de cuidados intensivos, ampliando a expensas de otros los espacios dedicadas a este tipo de atención; la transformación del trabajo de muchos especialistas hospitalarios para colaborar en ámbitos de actuación distintos a los de su propia especialidad; el trabajo en equipo de todo el personal sanitario; y el diseño de circuitos y espacios de actuación específicos para los pacientes afectados por el virus y los de otras patologías, han sido, entre otras, medidas que, adoptadas principalmente por los centros hospitalarios de manera diversa pero eficaz por muchos, han evitado que se superase la capacidad asistencial de la mayoría de ellos, que era el riesgo principal que se temía al inicio de la epidemia. Algunos centros han realizado y publicado una descripción específica de los cambios realizados en ellos. Este tipo de valoraciones debería generalizarse para la totalidad de los hospitales, de manera que fuera posible obtener conclusiones sobre la eficacia de los mecanismos de adaptación adoptados en cada caso, y las diferentes formas de gestión que han permitido su desarrollo.

Esa capacidad de adaptación ha resultado, sin embargo, más limitada por parte de los centros de atención primaria, no tanto por su propia capacidad de hacerlo, que ha supuesto por parte de muchos de ellos el incremento de la atención telefónica o a distancia por otras vías telemáticas, sino sobre todo por la diferente gestión de este nivel que se ha impuesto al personal sanitario por parte de diferentes CCAA durante la fase más aguda de la crisis, que ha incluido en algunos casos medidas como el cierre de centros, o la derivación del personal a centros hospitalarios provisionales. Como en el caso de los hospitales, debería llevarse a cabo una evaluación generalizada y comparada de las medidas adoptadas en cada caso por todos y cada uno de los centros de este nivel.

**La base principal de esa respuesta adaptativa positiva ha sido en todo caso la capacitación profesional**, obtenida en el caso de los médicos por el sistema MIR, **y el esfuerzo del personal sanitario de uno y otro nivel asistencial**. Un esfuerzo realizado pese a la reducción de las plantillas, la situación de eventualidad de más de un tercio del personal sanitario en su conjunto, y las restricciones salariales, situaciones que son todas ellas resultado de las políticas de recorte presupuestario aplicadas al sistema sanitario durante años tras la crisis económica previa.

Como cuestiones pendientes de evaluación que requerirían de una valoración documentada posterior persisten, en el nivel hospitalario, si las diferencias en los

cambios adaptativos descritos, que han sido muy variables en centros y territorios diferentes, tienen alguna relación con las diferentes formas de gestión, y los distintos grados de profesionalización de las direcciones de los centros, existentes en el momento actual en el ámbito del SNS. Y en el nivel de la atención primaria, el grado de adecuación de la formación del personal de enfermería de los centros de ese nivel al desarrollo de las funciones que el personal de enfermería desempeña en otros países en ese nivel asistencial; una cuestión de especial relevancia por el papel esencial que se le ha atribuido al mismo para controlar la desescalada y evitar un posible rebrote de nuevos contagios.

**II.2) Hay también un amplio grado de coincidencia, en este caso de sentido negativo, en considerar que la ausencia de un sistema adecuado de vigilancia epidemiológica está en relación directa con el retraso innegable que se produjo en la adopción de las medidas de salud pública adecuadas para acotar el desarrollo de la epidemia;** un retraso al que, a su vez, según algunos estudios, cabe atribuir un importante aumento de las muertes causadas por ésta, pese a que, conforme a otras valoraciones, una vez adoptadas esas medidas han demostrado su eficacia para controlar la propia epidemia, incluso con mayor efectividad que la observada en otros países.

La revisión de las bases organizativas y profesionales del sistema de vigilancia epidemiológica a sus distintos niveles y, más en general, la organización autonómica y central de los servicios de Salud Pública, parece un consecuencia imprescindible de las deficiencias de los mismos observadas durante la crisis actual.

**II.3) Lo mismo ocurre con las carencias observadas en la dotación y distribución de medios de diagnóstico, equipos de protección personal de distinto tipo, e instrumentos terapéuticos, como los respiradores, necesarios para afrontar los cuadros patológicos más severos, que han dado lugar a situaciones de desabastecimiento en determinados momentos, sobre todo en las fases iniciales de la crisis.** Esas situaciones, además de los defectos en el adiestramiento específico del personal sanitario en general para episodios de epidemia como el vivido, están en la raíz de la elevada cifra de ese personal, tanto en términos absolutos como porcentuales, netamente superior al observado en otros países, que se ha visto afectado por el virus, e incluso ha fallecido como consecuencia del contagio sufrido en el ejercicio de sus funciones.

Las compras de material sanitario de distinto tipo, desde el más sencillo, como el material de protección personal como el citado, o los tests diagnósticos del coronavirus, hasta los productos farmacéuticos o los instrumentos tecnológicos de diagnóstico o terapéuticos más complejos, se encuentran ahora bajo la responsabilidad de las CCAA. Las carencias citadas observadas remiten, sin embargo, de manera directa a las dificultades puestas por éstas para constituir de manera no obligada un sistema común de compras, previsto desde la Ley General de Sanidad (LGS), pero nunca desarrollado de manera general y efectiva, que, en todo caso, debería adaptarse a las diferentes características de los distintos tipos de recursos citados.

La constitución de éste, junto con el diseño común de otros instrumentos, como una Agencia de Evaluación de Tecnologías similar al NICE británico, por las economías de escala y el poder de compra que darían a la actuación solidaria del conjunto del sistema, proporcionaría a éste, y a cada una de aquéllas, beneficios en términos económicos y de seguridad en el abastecimiento indudables. Las garantías de seguridad en el abastecimiento se han demostrado como más necesarias y de especial valor en situaciones de crisis como la más reciente, en las que los mercados adquieren un funcionamiento arbitrario e incontrolado por parte de los proveedores, a lo búsqueda del mayor beneficio inmediato.

Pero la puesta en marcha de un sistema de compras centralizado y común resulta imposible durante el desarrollo de cualquier crisis, como ha quedado demostrado con el intento llevado a cabo al inicio de la actual, que terminó en un fracaso sonado, pese a los intentos de ayuda llevados a cabo desde el Mº de Hacienda, que tiene montado su propio sistema de compras para el conjunto de la Administración General del Estado (AGE). Lo que no obsta para que el objetivo de la constitución de una central de compras sanitaria debiera volver a plantearse bajo otras premisas una vez finalizada la crisis, estableciendo las condiciones necesarias para evitar la reiteración del comportamiento autárquico de las CCAA respecto a esta cuestión.

**II.4) La tendencia al comportamiento “autárquico” de las CCAA se ha puesto de manifiesto también en otros aspectos de la asistencia sanitaria, cuyo funcionamiento deficiente ha tenido también repercusiones importantes durante la epidemia.**

**Es lo que ocurre con los sistemas de información disponibles, cuya deficiente y limitada constitución**, como consecuencia de las dificultades puestas por las CCAA para suministrar los datos propios de cada una de ellas, pero también por la incapacidad sostenida para requerirlos y desarrollarlos por parte del Mº de Sanidad, ha impedido que se pudiera disponer de manera efectiva de datos como las plantillas reales de los centros, la dotación de distinta clase de material preciso para abordar el tratamiento de distintos grupos de pacientes, el número de camas generales y en UCIs disponibles en cada CA y en cada momento, o incluso la incidencia real de la enfermedad y su grado de contagiosidad y letalidad.

Todo ello **ha provocado dificultades importantes para dar una respuesta homogénea y global a la epidemia**, y la necesidad de establecer mecanismos de información específicos durante el desarrollo de ésta impuestos desde el propio Mº de Sanidad, convertido en autoridad principal en el estado de alarma. Está, sin embargo, previsto, que esos sistemas de información específicos resulten cancelados una vez finalice esa situación extraordinaria, para volver a la situación anterior. En ésta, la mayoría de esos datos se elaboran por el procedimiento de encuesta anual, con un promedio de dos años de retraso en su elaboración respecto a la actual de cada momento, lo que, añadido a otras limitaciones conceptuales, hacen a esos registros inútiles para la gestión real del SNS.

Por su parte, las dificultades para obtener una información fiable y transparente de los sistemas específicos puestos en marcha durante la epidemia han tenido un buen reflejo en las contradicciones observadas en los diferentes recuentos de afectados y fallecidos durante el desarrollo de aquélla. Lo que convierte el establecimiento de unos sistemas de información adecuados al gobierno efectivo del SNS en un objetivo imprescindible de la reconstrucción de éste una vez finalizada la crisis.

**II.5) La elevada mortalidad observada en las residencias que acogen a una parte significativa de la población de mayor edad** ha sido la base para poner en cuestión la relación de aquéllas con el sistema sanitario, y el grado de responsabilidad que el propio sistema sanitario debería asumir sobre la atención prestada en las mismas.

El planteamiento del problema de esos índices de mortalidad tan elevados, y de las propuestas para la solución del mismo, especialmente el realizado en algunos medios de comunicación, adolece, sin embargo, de una excesiva simplificación de la cuestión. Propuestas como una mal definida “medicalización” de las residencias, son de difícil si no imposible desarrollo inmediato en un momento de crisis como el que se ha vivido. Para ser real, debería conllevar no sólo cambios en la atención personal, sino también modificaciones arquitectónicas y de los espacios disponibles, que permitieran la circulación de camillas y otros medios de transporte sanitario, o de aparatos de diagnóstico o tratamiento, que requieren adaptaciones específicas en la estructura de los edificios. Simplificaciones como la citada dejan, por otra parte, al margen aspectos que resultan esenciales para la caracterización del problema y para su solución.

Entre esos aspectos cabe citar en primer lugar que la observación de los excesos de mortalidad en las residencias podría compararse con la relativa a los excesos proporcionales de morbilidad y mortalidad que se producen, en España y en otros países, entre grupos de población en los que sus condiciones de vida en cuanto a vivienda, alimentación, capacidad económica o nivel de pobreza, e incluso grado de dependencia, que en algunos países se concentran en determinados grupos raciales, provocan resultados divergentes por la aplicación de medidas colectivas de salud pública iguales (aislamiento; detección y control de contactos; recomendaciones iniciales para no acudir a los centros sanitarios, como se impartieron al principio de la crisis, si la situación clínica no lo precisa) para afrontar la epidemia. Esas desigualdades y excesos proporcionales de morbilidad y mortalidad entre otros grupos de población no han sido, sin embargo, objeto de la misma atención en España.

En segundo lugar, esa proporción excesiva de la mortalidad en las residencias relacionada con la epidemia no es un hecho exclusivo de nuestro país. Por el contrario, es una observación repetida, en proporciones no muy distintas, en gran parte de los países de nuestro entorno con un nivel de desarrollo similar, que disponen de modelos de atención “asilar” semejantes para una parte significativa de la población de mayor edad. Esos modelos se caracterizan por la concentración de personas con mayores niveles de riesgo sanitario en espacios limitados y con un alto grado de aislamiento con respecto al resto de la sociedad que, por el contrario, es más difícil de lograr entre los internados en las propias instituciones. Son condiciones que, en situaciones de

epidemia, pueden tener, y de hecho han tenido, efectos negativos para la difusión y el control de ésta.

A su vez, dentro de ese modelo de atención “asilar” a las personas de mayor edad, común a muchas de las sociedades occidentales, las peculiaridades españolas se refieren a varias cuestiones: en primer lugar, la distinta distribución de responsabilidades y competencias de regulación, financiación y control entre las administraciones públicas de distinto nivel en el ámbito de la sanidad y en el de los servicios sociales, siendo estos últimos los responsables del establecimiento y el control de los requisitos para desarrollar los distintos tipos de atención específica de este carácter de, entre otros, los grupos de población de mayor edad, por otra parte un grupo de importancia proporcional creciente, en especial en nuestro país.

Una segunda peculiaridad española es un desarrollo mucho más limitado de lo que ocurre en otros países de los centros que complementan una función puramente asilar, al menos en las fases iniciales, con el desarrollo de ciertos grados de cuidados sanitarios (lo que corresponde, en la terminología de otros países, a las llamadas “*nursing homes*”), en muchos casos bajo la responsabilidad preferente de personal de enfermería; cuidados que, por otra parte, no están sólo en relación con la edad de quienes los precisan, sino también con otras condiciones (necesidad de apoyo de uno u otro grado de unas parte de quienes reciben el alta hospitalaria; personas con problemas de salud mental) que determinan la necesidad de un soporte de esta naturaleza.

En tercer lugar, es peculiar de la situación en España que el modelo “asilar” de la atención a la tercera edad se ha desarrollado sobre todo a expensas del sector privado, con un desarrollo mucho más limitado de instituciones con esta finalidad en el ámbito público. Lo que ha derivado en que el sector privado, a expensas de entidades en muchos casos carentes de experiencia en el sector, y con frecuencia con el único ánimo de lucro y una tendencia consiguiente a la restricción de las inversiones necesarias para proporcionar unos servicios adecuados, se haya convertido en el soporte principal, mediante un sistema de conciertos, incluso de la atención de este tipo financiada públicamente.

Evitar la repetición de situaciones como las que se han producido durante esta epidemia requiere, por todo ello, de cambios profundos en el diseño estructural de estos servicios, que, sin embargo, con la actual distribución de responsabilidades sobre su desarrollo, no pueden diseñarse desde los servicios sanitarios, aunque la relación con éstos deba ser parte de ellos.

**II.6) Muchos de los análisis realizados hasta ahora coinciden también en señalar como una de las limitaciones más importantes de nuestro sistema sanitario para dar respuesta a la crisis actual el deterioro económico sufrido por el mismo como consecuencia de las medidas de austeridad aplicadas en respuesta a la anterior crisis económica.** Las propuestas que se derivan de ese análisis han tenido ya una traducción inmediata en la dotación de recursos adicionales para el sistema sanitario prevista por el Gobierno.

Los aspectos relacionados con la financiación del sistema sanitario requieren, en todo caso, de dos clases de observaciones diferentes, referidas de manera independiente a la financiación adicional que se pueda distribuir entre las CCAA con carácter inmediato para paliar los efectos más directos de la epidemia sobre el sistema sanitario y para preparar una mejor respuesta de éste ante posibles rebrotes u oleadas sucesivas de la misma, de los cambios, especialmente en el sentido del aumento, que se puedan o se deban producir en la financiación sanitaria a través del sistema de financiación autonómica general.

Respecto a la primera, hay argumentos suficientes derivados de la propia experiencia más inmediata de financiación adicional de nuestro sistema sanitario, como las condiciones de control presupuestario impuestas a las CCAA establecidas para la distribución del Fondo de Liquidez Autonómica creado en 2013, que permiten hacer recomendable en el período más inmediato un control estricto de los fondos adicionales destinados a la adopción de medidas urgentes con la finalidad indicada.

Entre las medidas de ese carácter se encuentran el reforzamiento general de las plantillas de los centros sanitarios, muy deterioradas como consecuencia de las medidas de recorte adoptadas durante la anterior crisis económica; la contratación específica de personal para el desempeño de las funciones de detección precoz de casos y seguimiento de contactos desde la atención primaria; la compra del material necesario para la realización de los test diagnósticos precisos a los grupos de población que se establezcan como prioritarios para evitar nuevos rebrotes; la compra y acumulación de equipos de protección personal que garanticen su disponibilidad si esos rebrotes se producen; o incluso la realización de procesos de formación específicos del personal sanitario que mejoren su capacitación para dar respuesta a nuevas situaciones de crisis epidémica que se puedan producir en un futuro más o menos inmediato.

El control centralizado de la utilización de esos fondos y su dedicación a los fines específicos para los que se prevean constituye en todo caso una garantía de equidad y eficiencia en la utilización de los mismos muy superior al debate que se ha iniciado ya sobre los criterios de distribución de esos fondos y su puesta a la libre disposición de las CCAA que se está planteando desde éstas.

Por su parte, desde un punto de vista más general, hay razones para considerar que el aumento de la financiación sanitaria por sí mismo en proporciones o cuantías concretas, que desde algunos grupos de opinión se demanda como la primera e inexcusable condición para la mejora de nuestro sistema sanitario, no tiene a esos efectos ese carácter de condición prioritaria ni principal.

No hay ninguna garantía de que los efectos de un aumento de la financiación sanitaria ordinaria definido en términos absolutos o proporcionales, si no se acompañan de otras condiciones añadidas, pudieran ser los pretendidos en términos de mejora de la atención sanitaria prestada en condiciones de igualdad equitativa a la totalidad de la población española con derecho a la misma. Y, por otra parte, la perspectiva de la situación económica postcrisis epidémica que se empieza a atisbar, hace poco adecuado

cualquier compromiso o previsión de aumento del gasto público que no lleve aparejado el desarrollo de reformas en la estructura y el funcionamiento del sistema sanitario orientadas a la mejora no sólo de la calidad de los servicios prestados, y de sus condiciones de universalidad y equidad, sino también de su funcionamiento coordinado y eficiente. Esas valoraciones coinciden también con las observaciones formuladas desde las instituciones europeas sobre los cambios necesarios en los servicios sanitarios de nuestro país al dar el visto bueno al Plan de Estabilidad remitido a las mismas por el Gobierno.

En esa línea, las comparaciones de las cifras de gasto público sanitario en España con los promedios de distintos grupos de países de nuestro entorno económico y político más próximo que se suelen utilizar para justificar un aumento del presupuesto sanitario global contienen por sí mismas elementos discutibles: las mismas cifras que se utilizan para comparar los promedios de gasto per cápita en sanidad de distintos países de nuestro entorno económico y político más próximo sirven de base para considerar que existe una relación, que se puede representar mediante un recta de regresión, entre el nivel de riqueza de cada país, medido en términos de PIB per cápita, y el gasto sanitario capitativo en cada uno de ellos. Se trata de una relación a la que se ajustan, con escasas desviaciones, la mayoría de esos países, también España, que tiene sólo dos excepciones notables y opuestas. Éstas son, por razones distintas, los Estados Unidos y Luxemburgo, ambos carentes de servicios públicos universales.

El primero de ellos gasta mucho más en servicios sanitarios en relación con lo que le correspondería, sin efecto positivo alguno, sino al contrario, sobre el nivel de salud del conjunto del país. Todo ello es en buena parte consecuencia de las carencias de su organización sanitaria, basada para la mayoría de la población en servicios privados concertados por las empresas; lo que da lugar a enormes desigualdades en la cobertura individual, y la ausencia de cobertura sanitaria para más de un 10% de la población. Al segundo, cuya población es muy reducida, su nivel de riqueza le permite comprar la atención sanitaria de toda su población a los servicios privados propios o de los países de su entorno más próximo, sin repercusiones negativas sobre su nivel de salud.

Las mismas comparaciones estadísticas permiten en todo caso deducir también que no existe ninguna relación directa entre un nivel más alto de gasto sanitario y las mejora condiciones de la atención prestada, la mayor amplitud poblacional de la cobertura sanitaria o la más amplia extensión material de ésta. Por el contrario, son las características organizativas y estructurales de los distintos sistemas sanitarios los determinantes principales de su extensión, efectividad y eficiencia. Y aunque hay algunos estudios que sugieren ciertas ventajas en términos de eficiencia por parte de los sistemas organizados como servicios nacionales de salud sobre los bismarckianos, la organización peculiar de los servicios sanitarios públicos de cada país resulta sobre todo de las condiciones históricas que llevaron a que cada uno adoptase su forma concreta de organización, sin que la transición de uno a otro modelo parezca posible, adecuada, ni se plantee como necesaria en la mayoría de ellos.

Esos argumentos son congruentes con las observaciones sobre el sistema sanitario español en relación con la epidemia a los que se ha hecho referencia en los apartados previos, de las que se deduce que los problemas de nuestro sistema sanitario tienen una base estructural y organizativa fundamental, cuya solución requieren cambios de la misma naturaleza. Unos cambios que incluyen, por razones que se argumentan en este mismo documento, modificaciones en el sistema de financiación sanitaria de naturaleza estructural, que van más allá del simple aumento de ésta en cantidades o proporciones concretas.

### III.- LA CONSTITUCIÓN Y FUNCIONES DE LA COMISIÓN DE RECONSTRUCCIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL DEL CONGRESO EN RELACIÓN CON LA SANIDAD.

La aparición, en los últimos días del mes de enero, del primer caso confirmado de afectación por el coronavirus en España, el de un turista alemán en la isla canaria de La Gomera, se siguió de una manifestación expresa de confianza en nuestro sistema sanitario por parte del presidente del Gobierno, quien, en la misma línea de lo habitual en la totalidad de los partidos políticos, subrayó en sus declaraciones que la calidad de nuestro sistema era “*fantástica*”, y que los profesionales que lo conforman merecían la misma confianza en su capacidad para afrontar la situación.

Un mes y medio después, a los cuatro días de la declaración del estado de alarma justificada por la acelerada extensión de la pandemia, el propio presidente del Gobierno, ante un hemiciclo del Congreso casi vacío, anunciaba su intención de crear, una vez superada la crisis, “*una comisión de estudio de evaluación que analice con rigor la situación de la sanidad pública y haga un libro blanco con el fin de hacer los ajustes necesarios*”; una propuesta que se justificaba porque “*se han destruído muchas cosas en el pasado reciente, vínculos que nos unían, sistemas que nos protegían ante amenazas que hoy son realidad y que nos daban seguridad, servicios poco a poco desmantelados que ahora todos echamos de menos, y los tenemos que reconstruir juntos*”.

Un mes más tarde, tras el encuentro entre el presidente del Gobierno y el del Partido Popular, se anunciaba la constitución de la Comisión Parlamentaria no permanente para la Reconstrucción Social y Económica, a la que se dirige, conforme a su demanda, este informe. La organización de sus trabajos y su régimen de funcionamiento han dado lugar a su vez a la creación de un grupo específico sobre Sanidad y Salud Pública.

Por su parte, el Plan de Trabajo de la Comisión define los aspectos a tratar en ese grupo de trabajo sanitario en los términos siguientes:

*“Analizar la situación de nuestro sistema sanitario y de salud pública y concretar medidas para: (i) el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud y sus planificaciones futuras, incluyendo dentro de este objeto las condiciones de salud pública y bienestar a establecer en las residencias de personas mayores, y (ii) el reforzamiento del sistema de Salud Pública, en particular, su capacidad de vigilancia, antelación y respuesta ante eventuales emergencias sanitarias, atendiendo a la experiencia de la presente crisis de la COVID-19.*”

*En ambos casos, las medidas se plantearán con respeto al reparto de competencias en dichas materias derivado de la Constitución y los Estatutos de Autonomía”.*

La descripción puntual de la evolución de los planteamientos y los hechos que han dado lugar a la constitución de la Comisión y, en concreto, a la del grupo de trabajo sobre los aspectos sanitarios de la crisis y sus consecuencias, no es inocente. A juicio de quienes suscribimos este documento, del relato anterior creemos que se puede deducir que se ha producido un cierto deslizamiento, por razones que no entramos a analizar más ampliamente aquí, desde los planteamientos iniciales del Presidente del Gobierno de *“analizar con rigor la situación de la sanidad pública y hacer un libro blanco con el fin de hacer los ajustes necesarios”*, hasta los objetivos fijados para el grupo de trabajo, en términos de proponer *“medidas concretas”* en ámbitos precisos, y más aún de hacerlo *“con respeto al reparto de competencias en estas materias derivado de la Constitución y los Estatutos de Autonomía”*.

La definición de los objetivos de la Comisión y del grupo de trabajo sanitario en los términos citados ha dado lugar, como quizás era inevitable incluso por el orden de prelación utilizado en la expresión de los mismos, a la formulación de análisis y propuestas que, sin ninguna excepción, no escapan de tener un carácter parcial y limitado de aspectos concretos del sistema sanitario, sin poner en cuestión su estructura básica y su funcionamiento, suponiendo que éstos estaban suficientemente definidos en la Constitución y los Estatutos de Autonomía; e igualmente, han dado pie a la consideración de que no existe una interpretación y una aplicación de una y otros que pueda ser distinta a la realizada en la normas de diferente carácter que los han desarrollado.

La razón por la que emitimos este informe y las propuestas que contiene es que quienes los suscribimos mantenemos un criterio contrario, conforme al cual sostenemos que cualquier medida propuesta para lograr el *“fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud”* o el *“reforzamiento del sistema de Salud Pública”*, como propone el documento en el que se definen los objetivos del grupo de trabajo, debe partir de analizar si las bases normativas y estructurales de uno y otro conducen o no a su funcionamiento adecuado; y no, a la inversa, de la consideración de que esas bases resultan, por su propia naturaleza, inamovibles, y no son susceptibles de ponerse en cuestión ni de promover su modificación, ni tampoco de cuestionar los resultados de su aplicación.

Para sustentar esa posición partimos a la vez de que, conforme a los análisis de algunos de los problemas más importantes que se han observado durante el desarrollo de la crisis sanitaria provocada por la extensión de la pandemia, a los que se ha hecho referencia en el apartado anterior de este documento, el origen de los mismos es de carácter estructural, de manera que carecen de solución si no se abordan cambios sustanciales en la organización y el funcionamiento de los servicios sanitarios, tanto en el terreno de la Salud Pública como en de la asistencia sanitaria (e igualmente en los de los servicios sociales, en especial las residencias de mayores).

Es por esas razones por las que en los apartados siguientes de este informe seguimos un orden inverso al formalmente propuesto en el documento en el que se definen los objetivos del grupo de trabajo sanitario de la Comisión. Comenzamos, por eso, por realizar un análisis del desarrollo y aplicación de la distribución competencial en las materias sanitarias derivada de la Constitución y los Estatutos de Autonomía, y de la posibilidad de introducir modificaciones en los desarrollos normativos que pudieran llevar al fortalecimiento tanto del SNS como del de Salud Pública.

A ese análisis le sigue una relación de propuestas dirigidas a la consecución de esos objetivos, subrayando en todo caso que éstos son los mismos que los fijados por el grupo de trabajo y por la Comisión, por lo que creemos que el orden de nuestra exposición creemos que no altera sino, al contrario, puede reforzar el alcance de los objetivos más amplios establecidos para los trabajos de la propia Comisión.

## IV.- LA DISTRIBUCIÓN DE LAS COMPETENCIAS SANITARIAS EN LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA (CE) Y SU DESARROLLO POSTERIOR.

### IV.1) Las competencias sanitarias en la Constitución Española.

El traspaso de la gestión de los servicios sanitarios a las CCAA tiene su origen en la Constitución Española (CE) de 1978, que, a la vez que, sin definir sus límites ni su número, abrió la posibilidad de constituir aquéllas como un nuevo nivel de ejercicio del poder del Estado, previó un sistema de doble lista para la distribución de las responsabilidades de gobierno entre la AGE y las CCAA que finalmente se crearan por las vías que la propia CE también fijó.

Lo peculiar de la distribución de las responsabilidades sanitarias es que el propio texto constitucional separó éstas en dos partes diferenciadas: así como las agrupadas bajo el concepto general de “salud pública” (“*Sanidad e higiene*”) se atribuyeron como competencias propias y, por tanto sometidas sólo a sus propios criterios de organización y control de su ejercicio, a las CCAA que se constituyesen (artº 148.1.21 CE), las de la atención sanitaria, que en aquel momento se prestaba mayoritariamente por el sistema de Seguridad Social como parte de éste, y suponían la parte más importante (más del 97%) del gasto público sanitario, se atribuyeron a la AGE como parte del “*régimen económico de la Seguridad Social*”, “*sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las CCAA*” (artº 149.1.17 CE).

El criterio seguido para realizar esa distribución de competencias por parte de los constituyentes fue sin duda el de carácter económico citado: el presupuesto y el gasto de los centros y servicios responsables de la protección colectiva de la salud de la población en su conjunto, lo que se engloba en el concepto de “salud pública”, supone, en España y en cualquier otro país, una proporción muy minoritaria, aquí alrededor del 2%, del presupuesto y el gasto sanitario global de cualquier país.

Esa importancia económica directa minoritaria de los servicios de “salud pública” ha hecho que, cuando en fechas próximas se han producido en otros países procesos de descentralización política (“devolución”) de las competencias como el que han tenido

lugar en España (el mejor ejemplo es lo ocurrido en el Reino Unido en 1997, con la “devolución” de distintas competencias a Escocia, Gales e Irlanda del Norte ), el proceso de devolución sanitaria se haya centrado en el traslado de la responsabilidad de la salud pública a los territorios respectivos.

Se trata, en todo caso, de un criterio que elude considerar dos cuestiones añadidas: la primera, la enorme repercusión económica a medio y largo plazo que pueden tener las epidemias producidas por diferentes agentes patógenos biológicos (bacterias y virus sobre todo), que eran el objeto principal de atención de los servicios de salud pública en su versión más tradicional, y de las que en los países más desarrollados, afectados de manera preferente por las “enfermedades de la civilización” (cardiovasculares, cáncer, autoinmunes) creíamos haber quedado libres. La reciente pandemia producida por el Covid-19 son el ejemplo más evidente del error de previsión que ese criterio suponía.

La segunda, que en esas situaciones no existen los límites territoriales artificiales que suponen las fronteras fijadas con criterios políticos, que los mecanismos de transmisión de esos agentes patógenos desconocen por completo; lo que, en el caso de los servicios de salud pública, exige mantener y reforzar la garantía de un funcionamiento de esos servicios lo más activo y cohesionado posible, al menos a nivel estatal, sin perjuicio de la coordinación cada vez más intensa a un nivel superior al nacional.

El predominio económico dominante en la distribución constitucional de las competencias sanitarias resulta, por el contrario, coherente con la atribución general a la AGE de las competencias de “*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*” (artº 149. 1. 1ª CE), que en el caso sanitario se definirían mediante ley (artº 43.2 de la CE), y de “*bases y coordinación de la planificación general de la actividad económica*” (artº 149.1.13ª CE), que aconsejaban mantener bajo la tutela y el control central aquellas políticas que conllevaran mayor nivel de gasto público global, y a la vez requiriesen un ejercicio personal de los derechos universal e igualitario y sin diferencias territoriales.

Ambos criterios eran aplicables de manera específica al sistema de Seguridad Social en su conjunto, de manera clara en el caso de las pensiones, cuya gestión, de manera acorde con ese criterio, permanece de manera indiscutida como competencia de la AGE, pese a intentos reiterados de algunos grupos nacionalistas por obtener su gestión; pero también lo eran a la asistencia sanitaria que formaba parte del mismo sistema, que ya por entonces suponía una parte sustancial, superior al 30%, de sus presupuestos.

Las previsiones constitucionales respecto a la sanidad se completaron con la “universalización” de la protección sanitaria como derecho ciudadano, conforme a lo previsto en el artículo 43.1 de la propia CE, desarrollado luego por el artículo 2 de la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986. A este respecto hay que señalar, sin embargo, que el sistema de Seguridad Social (SS) anterior, generado y desarrollado durante la dictadura, había logrado ya en términos de cobertura de la atención sanitaria pública cuando se

promulgó la CE en 1978 un alto grado de extensión, que alcanzaba en esa fecha, aunque bajo regímenes de SS diferentes, a más del 80% de la población española.

#### IV.2) El desarrollo de las previsiones constitucionales en materia sanitaria.

Las previsiones constitucionales citadas tuvieron, a su vez, un diferente ritmo de desarrollo:

**1) A final de febrero de 1983 se habían constituido ya, y disponían de su Estatuto de autonomía correspondiente, las diecisiete CCAA que hoy existen**, creadas cada una a instancias de iniciativas y dinámicas “regionales” diferentes, muchas de ellas sin referencia histórica previa, que han generado la constitución como CCAA de entidades territoriales de extensión geográfica, tamaño y distribución poblacional, y capacidad fiscal muy diversos.

Las diferencias en esos aspectos, que son, por otra parte, semejantes a las que se dan entre entidades de nivel similar de otros países de organización federal o descentralizada similar a la autonómica, constituyen dificultades objetivas para lograr unos niveles universales y similares de protección sanitaria en todas ellas si no se cuenta con una capacidad de intervención equilibradora por parte del gobierno central o federal.

Desde un punto de vista comparado no hay, de hecho, ningún ejemplo en el mundo en el que se haya pretendido alcanzar la protección sanitaria universal mediante un proceso de descentralización de la sanidad, en especial de la asistencia sanitaria, la parte más costosa de aquélla. Los únicos ejemplos disponibles, el más destacado Canadá, son de sentido contrario: en Canadá, la intervención financiera federal para compensar la diferente capacidad fiscal de las provincias de aquel país es, a partir de los años 70 del siglo pasado, el elemento básico e ineludible para lograr niveles universales y similares de protección sanitaria en todas las “provincias” (equivalentes a nuestras CCAA), a cambio del mantenimiento por todas ellas de determinadas condiciones universales del sistema bajo control federal.

**2) Para 1986, año en el que se promulgó la LGS, se habían completado los traspasos competenciales en materia de Salud Pública a la totalidad de las CCAA. Por el contrario, sólo Cataluña, que las había asumido en 1981, todavía bajo el mandato de la UCD, y Andalucía, que lo había hecho en 1984, ya bajo el primer gobierno socialista de la democracia, habían recibido el traspaso de la gestión (“ejecución”) de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.**

El proceso de cesión de esta última, que hasta 1994 había alcanzado a sólo 5 CCAA más (País Vasco, Valencia, Navarra, Galicia y Canarias), no finalizó hasta enero de 2002, cuando, de manera simultánea con, y condicionada por la inclusión de la financiación sanitaria en el sistema de financiación autonómica general (que financia a todas menos las del País Vasco y Navarra, acogidos a sus sistemas forales respectivos), las 10 CCAA restantes recibieron de manera también simultánea entre ellas el traspaso de la asistencia sanitaria (que hasta entonces siguió siendo de la Seguridad Social).

3) El proceso de “universalización”, basado en la extensión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, continuó avanzando de manera independiente de los traspasos realizados a las CCAA, de manera que en 1986, cuando se promulgó la LGS, había ascendido, sin ningún cambio legal previo, a más del 97,5% del total de la población española.

“Universalizar” la protección sanitaria para lograr condiciones de protección igual para todos los ciudadanos en aquel momento no podía tener, en consecuencia, además de extender la protección sanitaria pública al 2,5% restante (básicamente la población de los “cupos” de beneficencia, algunos grupos profesionales específicos, como los abogados, y algunos grupos de alto nivel de rentas no laborales), un sentido distinto al de unificar y hacer igual la protección de los diferentes sistemas de SS previos.

#### IV.3) Los déficits de la Ley General de Sanidad (LGS), de 1986, como norma básica del sistema sanitario universal.

El desarrollo de varias de esas actuaciones con carácter previo a la promulgación de la LGS tuvo, por su parte, consecuencias importantes sobre el valor de sus disposiciones para establecer un marco de actuación adecuado de los distintos aspectos de las actuaciones sanitarias que se regularon mediante esa norma.

**1) En el caso de las competencias en materia de Salud Pública**, que, como se ha indicado, **fueron traspasadas a la totalidad de las CCAA antes de la promulgación de la LGS**, el ejercicio de esas funciones se había llevado a cabo hasta el traspaso bajo la dirección central de una Dirección General de Sanidad, dependiente durante la dictadura del M<sup>º</sup> de la Gobernación, que contaba además con delegaciones periféricas en cada una de las provincias españolas.

La unanimidad en la interpretación de los términos competenciales de lo que suponía la “sanidad e higiene”; la claridad de la organización administrativa de la propia competencia; y la escasa importancia económica directa de los medios y las acciones relacionados con el ejercicio de la misma, facilitaron el traspaso de la misma a la totalidad de las CCAA, incluso en fase de entes preautonómicos. Efectuado el traspaso, todas ellas habían iniciado la organización de esos servicios, e incluso la creación de cuerpos de funcionarios propios para el ejercicio de esas funciones, antes de que la LGS pudiera establecer cualquier regla para mantener el funcionamiento coordinado del ejercicio de las mismas, incluido el mantenimiento del sistema de vigilancia epidemiológica previo.

Por su parte, por razones que se explican más adelante de manera específica, la Ley limitó de manera muy estricta las disposiciones regulatorias, especialmente las de carácter organizativo, que, sobre la base de las competencias estatales en materia de “*bases y coordinación general de la sanidad*” atribuidas al Estado conforme a lo dispuesto en el artículo 149.1.16 de la CE, podría haber desarrollado en este campo.

El desarrollo periférico imperfecto, por las razones expuestas, de la red de Salud Pública autonómica, se complementó además desde la misma LGS con un desarrollo inadecuado de los órganos y las funciones que habían desempeñado hasta entonces los órganos

centrales de la antigua Dirección General de Sanidad y algunas instituciones dependientes de la misma, para cuyo desempeño se constituyó en la propia Ley el Instituto de Salud Carlos III.

La integración en éste de otros órganos, como el Fondo de Investigaciones de la Seguridad Social (FISS), dedicados a promover la investigación en el seno del sistema sanitario asistencial, y el predominio creciente de esta orientación complementaria, dio lugar a lo largo de los años al deterioro progresivo de las áreas del Instituto Carlos III (Institutos de Epidemiología, Microbiología y Virología) orientadas al desarrollo de las funciones de Salud Pública; a la desaparición de los cuerpos “nacionales” (Sanidad Nacional; epidemiólogos) que cumplían esas funciones; y al cambio de orientación y la renuncia de otros órganos, como la Escuela Nacional de Sanidad, a convertirse en centro de referencia para la formación del personal dedicado a las mismas en el conjunto del Estado, sustituida en esa función por diferentes escuelas de salud autonómicas sin relación entre ellas.

El paso en 2008 del Instituto Carlos III a depender estructuralmente del M<sup>º</sup> de Ciencia e Innovación, bajo el cual permanece ahora tras un paso temporal por los Ministerios de Economía e Industria, no ha hecho sino confirmar la subordinación en el seno del mismo de las funciones estrictamente sanitarias, incluida la investigación en materia de Salud Pública, respecto a las de la investigación biomédica básica y aplicada.

En esas condiciones, rehacer un sistema de control y vigilancia epidemiológica potente; dotarlo de laboratorios de referencia que presten servicios a la totalidad del sistema; que sea capaz de detectar las amenazas para la Salud Pública que se puedan producir no sólo en España sino desde otros países; y hacer todo ello bajo las condiciones legales de distribución de competencias, constituye un problema que no se puede resolver sólo con propuestas como alguna de las presentadas desde diferentes instancias al grupo de trabajo sanitario de esa Comisión, de crear por la Administración General del Estado un Centro Nacional de Salud Pública previsto en la Ley 33/2011 del mismo título; o la del PP, de crear una Agencia de Salud Pública y Calidad Asistencial; y menos aún bajo las condiciones actuales de dependencia de centros de denominación y orientación similar existentes en el organigrama del Instituto de Salud Carlos III de un M<sup>º</sup> ajeno al de Sanidad.

**2) En el caso de la organización del sistema sanitario asistencial, la regulación efectuada por la LGS, que dio lugar a la constitución formal del Sistema Nacional de Salud, nació con la hipoteca de que el traspaso de la competencia de “ejecución (gestión) de (esos) servicios de la Seguridad Social” se había llevado a cabo ya antes de 1986, cuando se promulgó la Ley, a dos CCAA, la primera de ellas Cataluña en 1981, todavía con la UCD en el Gobierno, y la segunda Andalucía, ya bajo el primer Gobierno socialista, en 1984.**

En consecuencia, esos dos traspasos tuvieron lugar sin que estuviera establecido legalmente ningún marco regulatorio para garantizar la unidad básica de los servicios traspasados, ni el control del “régimen económico” de su ejercicio, con arreglo a las

previsiones constitucionales al efecto; previsiones que, sin embargo, no habían sido desarrolladas ni por el Gobierno de la UCD ni por el del PSOE, que llevaron a cabo esos primeros traspasos.

Por su parte, la demanda de ese traspaso por parte de la Generalidad de Cataluña una vez constituída como CA, lo que fue la primera en hacer mediante la aprobación de su Estatuto, tuvo razones económicas innegables: los presupuestos de la asistencia sanitaria, una vez gestionada ésta por cualquier CA, también la catalana en aquel momento, suponían ya entonces la porción mayoritaria del presupuesto y el gasto de cualquiera de esas administraciones, en una proporción que, en promedio, en el momento actual, supone un promedio del 35% de aquéllos en cada una.

En el caso catalán hay que añadir a ello que sus servicios sanitarios tenían ya entonces un desarrollo peculiar, conforme al cual la asistencia sanitaria de la Seguridad Social se prestaba en una proporción más reducida (sólo el 40%) que en el resto del territorio español (un promedio del 70%) mediante centros, especialmente hospitales, de la propia red del sistema sanitario de la Seguridad Social. Y, por el contrario, mediante una proporción mucho mayor de centros concertados de diferente naturaleza, una parte de ellos públicos de diferente dependencia (con una parte importante de ellos dependientes de corporaciones municipales, de amplia tradición en Cataluña), y otra de centros privados dependientes en buena parte de aseguradoras privadas de implantación preferentemente regional. Lo que se acompañaba de una penetración más elevada, superior al 20% de la población catalana ya entonces (en la actualidad de más del 30%), del seguro privado sanitario, en su mayoría desarrollado por compañías radicadas en exclusiva o creadas inicialmente en el ámbito de esa CA.

El resultado de esa situación era y sigue siendo la existencia de diferencias notables en el acceso a la atención sanitaria entre quienes disponen de la doble cobertura, de manera principal los sectores de mayor nivel de renta, y quienes carecen de ella. Lo que no impidió que el modelo público-privado catalán se convirtiera en referencia genérica para muchas de las reformas de sus sistemas sanitarios introducidas por diferentes CCAA a medida que fueron asumiendo las competencias de la asistencia sanitaria de la SS. Y ello aunque las condiciones de sus sistemas sanitarios respectivos fueran diferentes en cuanto a extensión de las redes sanitarias pública y privada, y también en la cobertura poblacional de los seguros privados en cada una.

En todo caso, la defensa y el mantenimiento de ese modelo específico se convirtió también en uno de los ejes de la asunción de las competencias en materia de asistencia sanitaria por la Generalidad catalana. El modelo probablemente disponía de un apoyo mayoritario por la casi totalidad de los partidos del espectro parlamentario catalán, entre los que los de la izquierda habían asumido la responsabilidad de la gestión de muchos centros públicos de nivel municipal, incluidos los de mayor tamaño dependientes del Ayuntamiento de Barcelona.

El apoyo a ese modelo distinto se tradujo también años después del traspaso de la asistencia sanitaria en una política propia diferente de extensión de la “red de utilización

pública”, consistente en incluir en la misma a los centros privados en igualdad de condiciones con los centros públicos, en vez de ampliar la construcción de éstos para compensar la menor proporción de centros propios de la Seguridad Social en aquel territorio que se ha mencionado.

El desarrollo de ese modelo propio y distinto se tradujo además, de manera casi inmediata a la efectividad del traspaso, en las dificultades progresivas introducidas por la Generalidad para el suministro de información de su gestión sanitaria a la AGE. Como razones para justificar tales carencias se utilizaron los argumentos competenciales añadidos de la capacidad de autoorganización y ausencia de controles externos de la gestión de las competencias asumidas por la propia CA, extendiendo los mismos a todas las competencias fuera cual fuera el título competencial por el que habían sido asumidas como competencia propia o delegada, e incluyendo en esas facultades propias de autoorganización las de sus aspectos estructurales y económicos, sin que por parte del M<sup>º</sup> sanitario se produjera ninguna respuesta.

Por el contrario, en ausencia de ninguna regulación específica que estableciese los controles a mantener por la AGE ni por la UCD ni, posteriormente, por el Partido Socialista, ni siquiera en la LGS cuando ésta se aprobó cinco años después, esta situación incontestada, ratificada tácitamente por lo dispuesto en el artº 55.1 de la propia Ley, convirtió también esa forma de gestión autonómica sanitaria independiente y sin control central alguno en la referencia para el ejercicio de la gestión sanitaria por las restantes CCAA a medida que fueron recibiendo los traspasos de la asistencia sanitaria.

**3) Por su parte, la Ley no perfiló siquiera tampoco el modelo final al que se aspiraba,** de manera que dejó sin definir si la constitución de los servicios autonómicos de salud, cuyo conjunto, como denominación formal carente en todo caso de personalidad jurídica propia, constituye el Sistema Nacional de Salud (SNS) según el artº 44.2 de la LGS, debía ser secundaria o no a la asunción de las competencias de asistencia sanitaria de la SS por la totalidad de las CCAA.

La Ley dejó la asunción de esas competencias al libre deseo de cada CA, expresado en el momento que cada una considerase oportuno; una solicitud que, en el caso de las CCAA que habían accedido a la autonomía a través de la vía prevista en el artículo 143 de la CE, requería en todo caso la modificación previa de su Estatuto de autonomía correspondiente, para incluir entre las competencias potenciales a asumir por su parte, por no figurar previamente en ninguno de ellos, la de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

El resultado de esa carencia fue que el SNS tardó más de veinte años en constituirse de manera completa (desde el primer traspaso a Cataluña en 1981, hasta enero de 2002, cuando se realizó el traspaso simultáneo de la asistencia sanitaria a las diez CCAA que todavía no lo habían completado, después de modificar sus Estatutos). Y que, durante ese plazo, las regulaciones de diferente naturaleza que afectaron al SNS afectaron de diversa forma a las distintas CCAA en función de que hubieran recibido o no dichos traspasos.

Buen ejemplo de ello es que la atención de pacientes procedentes de otras CCAA distintas a la de residencia provocó efectos diferenciales entre las CCAA que habían recibido los trasposos y las que no lo hicieron hasta 2002, sin que ninguna disposición estableciera de manera expresa el derecho de todos los ciudadanos españoles, cualquiera que fuera su CA de residencia, a recibir la atención sanitaria en cualquiera de ellas en condiciones de igualdad (una condición añadida a la universalidad del derecho, que en países como Canadá, donde se le ha dado el nombre de “portabilidad”, se estableció de manera expresa cuando en la década de los setenta se introdujo la universalidad de la atención).

En las primeras, el deseo de evitar el desplazamiento de los pacientes propios a otras CCAA estimuló una tendencia al desarrollo “autárquico” de los propios servicios de salud, multiplicando de forma innecesaria e ineficiente determinados servicios, en particular los más especializados, comprometiendo con ello, en ocasiones, la calidad de algunos de ellos, a la vez que se eludían otras formas posibles de actuación cooperativa y planificada de la atención de los pacientes desplazados.

Y, por el contrario, en relación con los pacientes procedentes de otras CCAA, estimuló la búsqueda por éstas de compensaciones económicas adicionales a su financiación ordinaria por la atención de los mismos. Esas aportaciones adicionales a su financiación, se calcularon siempre de manera arbitraria, y se hicieron efectivas en varias ocasiones a través de distintas operaciones a lo largo de los años 90, sin que, por el contrario, se desarrollasen los mecanismos adecuados para poder efectuar un cálculo ajustado a la realidad del número y las características de las atenciones prestadas, y el gasto efectuado.

Tras la generalización de los trasposos en 2002, los problemas derivados de la atención de pacientes desplazados siguen obedeciendo a las mismas pautas de los planteados en las CCAA que recibieron más precozmente los propios trasposos:

- no existe ninguna garantía de atención de cualquier ciudadano residente en cualquier CA por cualquier servicio autonómico de salud distinto al de su propia residencia habitual, lo que ha dado lugar al aumento de los casos de rechazo de pacientes de unas CCAA por otras, sin ninguna intervención eficaz para evitarlas y resolverlas por parte de la AGE;

- no existe ninguna previsión de cooperación “planificada” entre CCAA para evitar la multiplicación ineficiente y con pérdida de calidad de los servicios (o las tecnologías) más sofisticados;

- los mecanismos financieros de compensación del gasto por los pacientes desplazados, de los que el Fondo de Cohesión es el mejor exponente, siguen suponiendo una financiación adicional a la ordinaria de la CA receptora sin tener, por el contrario, repercusión económica negativa alguna sobre la CA de origen, ni preverse ningún sistema de información y facturación automática entre CCAA, que podría significar una mejora de la eficiencia global del sistema, e incluso una variación significativa del número y la variedad de los pacientes desplazados.

4) Los déficits regulatorios de la LGS se refieren también a la definición del sistema de financiación de las competencias sanitarias y, en concreto, del SNS, que supone la proporción económica más importante de ellas.

Por otra parte, tales déficits afectan a diferentes aspectos del sistema de financiación:

**a) En primer lugar, el artº79 de la Ley estableció que, además de otras aportaciones de menor cuantía (tasas por la prestación de determinados servicios; aportaciones de las CCAA y Corporaciones Locales, y otras), la financiación de la asistencia sanitaria prestada se realizaría principalmente con cargo a cotizaciones sociales y a transferencias del Estado, sostenidas con impuestos, que incluirían principalmente la participación de aquél al sostenimiento de la Seguridad Social. La norma no introdujo, sin embargo, ninguna referencia a la proporción en la que deberían participar en la financiación del sistema público los ingresos de uno y otro origen, ni en el momento de la promulgación de la Ley, ni en un futuro próximo o más alejado.**

En el momento de la promulgación de la Ley, en consonancia con el sistema de Seguridad Social del que procedía, tales aportaciones eran muy superiores, en una proporción cercana al 76 %, por parte de la Seguridad Social, de cuyo presupuesto global suponía una proporción superior al 30%; mientras que las aportaciones del Estado a la atención sanitaria prestada por la Seguridad Social, que a través de distintos regímenes de ésta alcanzaba ya cuando se promulgó la LGS a más del 97,5 % de la población española total, no alcanzaba apenas el 24% del presupuesto total de la asistencia sanitaria.

Desde el punto de vista de su financiación, que la propia norma previera la sustitución del título que daba acceso al derecho a la asistencia sanitaria como prestación contributiva del sistema de Seguridad Social por el de ciudadanía, sin dejar por eso de ser una prestación universal del sistema de Seguridad Social, no tuvo, sin embargo, tampoco en la Ley básica del SNS reflejo alguno. En consecuencia, los cambios en esas proporciones que se han producido después, pese a la trascendencia de los efectos deducidos de ellos (entre ellos sobre todo la integración de manera indiferenciada de la financiación sanitaria, hasta entonces independiente del sistema de financiación autonómica general, en este último, con las consecuencias derivadas de ello), han carecido del soporte coherente que debería haber supuesto su previsión expresa en la norma constitutiva básica del sistema sanitario universal.

**b) En su redacción inicial, luego modificada en 2001 tras haberse completado los traspasos, la LGS no previó tampoco un sistema de distribución homogéneo de la financiación sanitaria a la totalidad de las CCAA en el caso de que todas ellas recibieran el traspaso de la asistencia sanitaria.**

En su redacción original, el artículo 82 de la Ley previó un sistema específico de financiación para *“aquellas CCAA que tuvieran competencias para asumir las funciones de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social”*, en cuyo caso *“la financiación de estos servicios transferidos se realizará siguiendo el criterio de población protegida...La desviación, positiva o negativa, entre el porcentaje del gasto sanitario en el momento*

*inicial* (establecido en función del coste efectivo de los servicios transferidos en el momento del traspaso) y *el porcentaje de la población protegida anulada en el transcurso de diez años al ritmo de un 10% anual*".

Esa regulación parcial afectó sólo a las CCAA que por unas u otras vías lograron incluir entre sus competencias estatutarias las de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social antes de 1994. Sin embargo, sus efectos financieros, en términos de financiación capitativa, no resultaron homogéneos ni siquiera para las siete CCAA a las que resultó aplicable el sistema transitorio y parcial citado hasta 1994, y se extendieron incluso en el largo plazo, en términos de cálculo del coste efectivo de los servicios traspasados en el momento del traspaso, a las restantes 10 CCAA que los recibieron de manera simultánea con efectos de enero de 2002.

La razón para ello es que el cálculo de los dos valores indicados, el de la población protegida y el del coste de los servicios en el momento del traspaso, no fue objeto de un mismo cálculo "objetivo", basado en criterios idénticos en todos los casos, sino que se sometió a la negociación entre la AGE y la CA que recibía el traspaso en cada caso. Lo que dio lugar a criterios más o menos favorables a la CA receptora, e incluso a la aplicación diferente del ritmo y el plazo de adaptación entre uno y otro valor en distintos casos, principalmente en función del mayor o menor grado de afinidad política entre el Gobierno de la AGE, en todos esos casos sustentado por el Partido Socialista, que gobernó durante ese plazo, y el de la CA que recibía el traspaso.

El resultado desigual de los cálculos efectuados en los distintos casos fue tan evidente que en 1994 fue necesario llevar a cabo una homogeneización de los diferentes cálculos, y una actualización homogénea de los plazos de adaptación entre los valores establecidos en cada uno, con un "suelo" que suponía que los nuevos valores establecidos de manera homogénea no debían en todo caso reducir la financiación que se recibía por cada CA en aquel momento.

El resultado global en todo caso fue que la financiación global comprometida con esas 7 CCAA superó el porcentaje de población protegida que suponía la suma de la de todas ellas, dejando un menor margen de cálculo de la financiación para las 10 restantes. Cuando éstas asumieron el traspaso de esa competencia, en enero de 2002, no dispusieron tampoco de ningún mecanismo de adaptación al nuevo sistema de financiación, por otra parte basado en criterios diferentes e integrado en el sistema de financiación autonómica general, que les fue aplicado de manera simultánea con y desde el mismo momento del traspaso, y con la condición de que asumieran el traspaso para que el nuevo sistema de financiación, que suponía otras ventajas económicas para todas las CCAA, les fuera aplicado. (Una condición esta última que fue recurrida ante el Tribunal Constitucional por el Partido Socialista, entonces fuera del Gobierno).

**c) Una tercera característica del sistema de financiación aprobado en la LGS es que el mismo contenía previsiones relacionadas sólo con el cálculo de la distribución de la cuantía de la financiación global del sistema a las CCAA a medida que éstas fueran recibiendo los traspasos de la asistencia sanitaria. Pero, por el contrario, ninguna**

**previsión relativa a mecanismos que pudieran contribuir a la eficiencia y el control del gasto efectuado por las CCAA en su gestión de los servicios ni, en conjunto, del gasto global del SNS.**

Entre esos mecanismos cabría incluir desde la existencia de sistemas de información económica del gasto realizado por las CCAA; o la utilización de mecanismos de compra común que permitieran al conjunto del sistema, y a cada una de las CCAA, beneficiarse de las economías de escala derivadas del poder de compra (o “poder de gasto”, un mecanismo al que recurren todas las grandes empresas con diferentes centros de gasto) del conjunto del sistema, y obtener de los proveedores de productos farmacéuticos o tecnologías sanitarias precios más bajos que los obtenidos por la negociación con ellos por separado de cada una de las CCAA. Economías de escala de las que cabría esperar la reducción del gasto en este capítulo presupuestario, uno de los factores principales del gasto sanitario. Ello se debe a que cuando se promulgó la LGS, se habían iniciado ya en estos sectores procesos de concentración, que han convertido a las empresas que actúan en el mismo en grandes empresas transnacionales de presupuestos superiores a los de muchos países, y aumentado con ello notablemente su capacidad de negociación y de imposición de los precios a los servicios de salud de muchos de ellos.

Tanto uno como otro mecanismo estaban de alguna manera previstos en la Ley: así, por ejemplo, hay referencias expresas al establecimiento de sistemas de información sanitaria en los apartados 13 y 16 de la propia Ley. Por su parte, el artº 47 de la misma, más tarde derogado por la Ley de Cohesión y calidad del SNS, estableció, atribuyéndola al Consejo Interterritorial del SNS (CISNS), la coordinación de *“las líneas básicas de la política de adquisiciones, contrataciones de productos farmacéuticos, sanitarios y de otros bienes y servicios”*.

Sin embargo, tales previsiones, se desarrollaron luego sólo de manera parcial: así los sistemas de información, cuyo desarrollo era responsabilidad preferente del Mº de Sanidad, gestor de las responsabilidades sanitarias de la AGE, que nunca fue capaz de superar, ni tuvo interés en hacerlo, las dificultades puestas por las CCAA para el suministro de la información necesaria para la construcción de esos sistemas, en particular la de carácter económico, conforme a las razones y el patrón de comportamiento descritos más arriba.

Por su parte, la atribución de la definición siquiera de las líneas básicas de las políticas de compras a un órgano, el Consejo Interterritorial, que, como se comenta a continuación, ha carecido siempre de cualquier capacidad ejecutiva de sus propios criterios, hipotecó desde la promulgación de la ley la puesta en marcha de mecanismos que, previa racionalización conjunta de las políticas de compras, permitiese la reducción y el control del gasto en esos conceptos.

**La regulación de ambas cuestiones contenida en la Ley refleja además la renuncia de hecho a utilizar elementos de financiación condicionada como instrumentos al servicio del funcionamiento cohesionado y eficiente del sistema sanitario en su conjunto, siguiendo el modelo de otros países de organización federal o similar, en particular el de**

Canadá. Allí, la “universalización” de la cobertura sanitaria llevada a cabo en la década de los 70 del siglo pasado se acompañó de un sistema de penalizaciones financieras tasadas si se producía la vulneración de las condiciones básicas generales de la prestación de los servicios por las provincias canadienses (universalidad; portabilidad; gestión pública; ausencia de copagos que limiten el acceso; e igualdad de la cobertura material de la prestación sanitaria). El mecanismo de financiación condicionada parcial ha servido de manera eficaz para mantener en lo esencial las condiciones mencionadas del servicio por todas las provincias canadienses.

**d) Más allá de los aspectos mencionados, el mecanismo provisional y parcial de financiación aprobado en la LGS y contenido en su artº 82 tradujo una despreocupación absoluta por el seguimiento y el control del gasto en asistencia sanitaria de las CCAA que recibieran su traspaso.**

A este respecto se debe recordar la redacción del penúltimo párrafo del artº 82 citado: *“el presupuesto liquidado a final de los servicios transferidos se afectará en la proporción adecuada, a partir del criterio de población protegida, a la desviación presupuestaria, positiva o negativa, habida en los servicios no transferidos... Los compromisos de gastos que se adquieran (por los servicios autonómicos de salud) por cuantía superior de su importe deberán ser financiados con recursos aportados por la propia Comunidad Autónoma, salvo que provengan de disposiciones vinculantes dictadas con carácter general para todo el territorio del Estado, cuyo cumplimiento lleve implícito un incremento efectivo del gasto”.*

El efecto de esta regulación fue que, en ausencia de mecanismos que permitieran conocer qué desviaciones se hubieran podido producir en la gestión presupuestaria de la asistencia sanitaria por aquellas CCAA que habían recibido o recibieran su traspaso, éstas fueron receptoras en cuatro ocasiones a mediados de los años 90, con Gobierno del PSOE, de las cantidades adicionales, proporcionales a su población protegida, secundarias a las ampliaciones de crédito al presupuesto del INSALUD no transferido que se realizaron en esos años para cubrir los impagos a los proveedores que se habían producido por la gestión de las compras del propio INSALUD en forma de “facturas guardadas en los cajones”, que periódicamente se iban liberando.

Esas operaciones, financiadas como créditos del Estado a la Seguridad Social, figuran todavía como deuda del sistema de Seguridad Social con el Estado. Se trata de una situación que en diferentes ocasiones posteriores se ha tratado de resolver con la cesión de la propiedad de los centros hospitalarios de la Seguridad Social, que, pese a los traspasos de la gestión de la asistencia sanitaria a las CCAA siguen siendo propiedad de aquélla, a las propias CCAA en que se encuentran ubicados, como “herederas” de la deuda con el Estado. De hacerse así, representaría un riesgo añadido más de ruptura estructural y funcional de la “universalidad” de la protección sanitaria, y de la posibilidad de utilización fraccional de recursos que se generaron a partir de un patrimonio común.

Por su parte, la recepción incondicionada de esas cantidades adicionales por las CCAA, sin control tampoco de la utilización de las mismas ni de los fines, sanitarios o no, a las

que fueron destinadas, representó un estímulo objetivo para el descontrol de la gestión de los presupuestos sanitarios autonómicos de muchas de ellas. Un descontrol que cabe situar en el origen de una parte sustantiva de las desviaciones presupuestarias en forma de deudas con los proveedores y déficits que se han observado en los últimos años por parte de un número significativo de CCAA. Esas desviaciones han sido objeto de nuevos saneamientos, a través de distintos Fondos, como el de Liquidez Autonómica y el de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales, ahora sí a cambio y con la condición de información de la gestión presupuestaria autonómica al M<sup>o</sup> de Hacienda que ha gestionado los créditos.

**4) Los déficits regulatorios observables en la LGS se extienden también al ámbito del ejercicio de la coordinación necesaria para mantener como un solo sistema de gestión descentralizada la suma de los servicios de salud autonómicos, y al establecimiento de los mecanismos necesarios para ejercerla de manera efectiva.**

**a) En cuanto a la primera de esas cuestiones, hay que recordar que el artículo 149.1.16 de la Constitución Española establece que el Estado tiene competencia exclusiva sobre la “coordinación general de la sanidad”.**

**En contraste con esa ello, lo primero que llama la atención es que las referencias que hace las LGS a la regulación del ejercicio de esa competencia netamente estatal, a la que la propia Ley dedica el Capítulo cuarto (“De la coordinación general sanitaria”) de su Título III (“De la estructura del sistema sanitario público”), y en concreto los artículos 70 a 77 de la propia norma, está lleno de referencias no sólo a las competencias de la Administración General del Estado (AGE), sino también a las de las CCAA, y a instrumentos para ejercer la coordinación, como los “planes de salud”, que deben ser desarrollados por éstas, sin perjuicio de su reunión en un llamado “Plan Integrado de Salud”, cuyo desarrollo es competencia estatal.**

Una redacción y un enfoque tan peculiares, que parecen reducir la coordinación a un mero ejercicio de suma de las decisiones y criterios de las CCAA, sin ninguna capacidad de actuación ejecutiva ni de imposición de ninguna medida por parte de la AGE, no es, sin embargo, casual, y se puede decir que parte de un equívoco de interpretación competencial.

Esa reducción en la LGS del concepto de coordinación a los límites mencionados tiene su origen en dos sentencias del Tribunal Constitucional, la 32/1983 y la 42/1983, dictadas por éste en dos recursos presentados por los gobiernos catalán y vasco contra una norma, el Real Decreto, 2824/1981 sobre coordinación y planificación sanitaria, desarrollado por el Gobierno de la UCD en ese año, que ambas CCAA consideraron atentatorio contra el ejercicio de sus propias competencias en materia de “sanidad e higiene”, que les había sido traspasadas poco antes.

Aunque las dos sentencias declararon el ajuste constitucional de la mayoría de los preceptos en los que la norma preveía el desarrollo de actividades o la constitución de órganos de coordinación, e incluso la forma en la que estaban recogidos en el Decreto, las dos declararon, sin embargo, también la insuficiencia de rango del Real Decreto para

establecer la delimitación de las actuaciones que la AGE podía llevar a cabo en aplicación de su competencia en materia de “coordinación sanitaria”, que debería desarrollarse por una norma con rango de ley.

Los efectos de las dos sentencias fueron, sin embargo, mucho más allá de los términos literales de las mismas, y tuvieron sobre todo que ver con las expresiones utilizadas en ellas para definir que el ejercicio de la coordinación (y de la Alta Inspección, competencia estatal no definida en el texto constitucional, sino sólo en los Estatutos de autonomía de las CCAA recurrentes) por parte de la AGE en las materias comprendidas en la “sanidad e higiene” *“en modo alguno supone un control, tutela o superioridad jerárquica, o el ejercicio de una actividad limitadora de alguna competencia de la Comunidad Autónoma, sino tan solo el desarrollo de una actividad de tipo informativo o de comprobación”*, que dota al Gobierno del Estado de *“la facultad de comunicar la anomalía al órgano gubernamental competente a fin de que éste remedie el incumplimiento detectado mediante el ejercicio de atribuciones propias y de acuerdo con los procedimientos establecidos por la Constitución y las leyes”*.

La contundencia de esos términos contribuyó también y sobre todo a generar una actitud de restricción y cautela excesivas por parte de los sucesivos Ministerios de Sanidad, que está en la base de la limitación en el ejercicio de sus propias competencias reconocidas que tuvo lugar en los años siguientes.

El ámbito en el que se proyectaron de manera más directa esas actitudes restrictivas fue la propia LGS de 1986: una parte significativa de los preceptos relativos a la coordinación, precisamente los que concretan las acciones a desarrollar por la AGE en ejercicio de esta función propia, se tradujeron en una copia literal de la redacción dada a esta misma cuestión en el Real Decreto 2824/1981 anterior que habían sido consideradas ajustadas a la CE en las sentencias, con la única condición de que fueran reguladas mediante una norma con rango de Ley.

A eso hay que añadir que la ausencia de una consideración diferencial al hacer referencia a la coordinación en la LGS entre las competencias estatales en “sanidad e higiene” y las de la organización de la asistencia sanitaria, éstas como parte de las competencias en materia de Seguridad Social, derivó en una forma de regulación que, combinada con la ausencia de previsión de cualquier actuación dirigida a preservar el funcionamiento dinámico cohesionado y orientado en un sentido cooperativo de los servicios de salud autonómicos, sentó las bases para que el desarrollo posterior fuera precisamente el contrario.

En este sentido, la ausencia de mecanismos financieros al servicio del funcionamiento coordinado del sistema, que en aquel momento hubieran podido definirse en función de la competencia estatal en asistencia sanitaria de la Seguridad Social, elimina cualquier clase de límites a la discrecionalidad de las actuaciones autonómicas, también las económicas. Algo que no ocurre en países como Canadá, donde la situación es la contraria, y donde el gobierno federal dispone de instrumentos financieros específicos

para garantizar el mantenimiento de lo que se consideran los principios básicos de su sistema sanitario, a los que se ha hecho alusión antes.

**b) En cuanto a la regulación en la LGS de los mecanismos y órganos de coordinación, en particular el Consejo Interterritorial del SNS, creado en la propia norma, esa regulación no escapa a la concepción de la coordinación como un mecanismo de formación de las decisiones sanitarias más importantes con la participación de las CCAA, y no como una competencia propia de la AGE conforme a lo dispuesto en la CE, a la que se ha hecho referencia previa.**

Esa interpretación limitada tuvo su reflejo expreso en la conformación del órgano “superior” de coordinación, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), a cuya composición y funciones hizo referencia expresa el artículo 47 de la Ley.

En cuanto al primer aspecto, en el apartado 1 del artículo citado se estableció que el CISNS estaría integrado *“por un representante de cada una de las Comunidades Autónomas y por igual número de miembros de la Administración del Estado”*.

Establecida en esos términos, la propia composición del CISNS, en la que no se hacía en la Ley ninguna distinción entre las CCAA según el grado de competencias que había asumido cada una (hay que recordar que en 1986 todas las CCAA habían recibido el traspaso de las competencias en materia de Salud Pública, pero sólo dos, Cataluña y Andalucía las de asistencia sanitaria de la SS, y en 1994 sólo cinco más de éstas) actuó siempre como límite para el funcionamiento del Consejo. Las CCAA que habían recibido estas últimas, y de manera especial Cataluña, se opusieron siempre a debatir sobre aquellas materias, y en particular las financieras, en las que otras CCAA carecieran de competencias, con frecuencia bajo la amenaza expresa de retirarse de las sesiones del órgano si se trataban esos temas.

La segunda limitación, más importante aún, deriva de la aceptación del criterio, cuya consideración se inició por la Generalidad catalana tras la asunción del traspaso de la asistencia sanitaria, pero que se reforzó por las sentencias comentadas previamente por las razones expuestas, de que la asunción de cualquier competencia, fuera de las definidas como propia de las CCAA, o fuera por delegación parcial del ejercicio de una competencia estatal, como era el caso de la asistencia sanitaria, suponía que el ejercicio de la misma no se debía someter a ninguna decisión ni control externo a la propia CA. O, expresado de otra manera, que cualquier decisión externa a la CA, incluso las adoptadas de manera mayoritaria en órganos como el CISNS, en el que participaban todas ellas, sólo resultarían de aplicación en cada una si se aceptaba así por ésta de manera expresa, pero no si, por el contrario, el órgano autonómico de gobierno correspondiente se oponía a ella.

La composición paritaria del CISNS entre la AGE y el conjunto de las CCAA es una forma más de expresión de la aceptación tácita de ese criterio en la propia LGS. Lo mismo que la previsión del reglamento de que se dotó el propio CISNS, en el que se previó que los acuerdos del órgano se adoptarían “por consenso”, eludiendo las votaciones, a cuyos efectos la composición paritaria o no del CISNS resultaba sin trascendencia. De hecho,

la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS, promulgada una vez se habían completado los traspasos de la asistencia sanitaria a las CCAA, modificó mediante su artículo 70 la composición formal del CISNS, que a partir de entonces está constituido *“por el Ministro de Sanidad y Consumo, que ostentará su presidencia, y por los Consejeros competentes en materia de sanidad de las CCAA”*. Esta modificación refleja de manera tácita la renuncia a celebrar votaciones en su ámbito cuyo resultado mayoritario pudiera ser impuesto a cualquier CA, a cuyos efectos resulta inútil multiplicar la representación estatal, que, por otra parte, se ha mantenido en la práctica casi en el mismo número con carácter informal, aunque con composición distinta.

Sometido a esas condiciones estructurales y de funcionamiento, el CISNS ha resultado de una cierta utilidad en la solución de diversas crisis sanitarias en el ámbito de la salud pública, de las que se han producido varias a lo largo del tiempo, incluida la más reciente por el coronavirus. Sin duda ante crisis de esa naturaleza ninguna CA desea resultar señalada como responsable de la ausencia de solución o prolongación o extensión de la misma.

Pero, incluso en crisis de esa naturaleza, la contribución del CISNS a su solución se ha reducido o hecho más difícil desde el momento en que esa solución pudiera conllevar efectos económicos, y suponer algún compromiso de gasto, como, por ejemplo, la indicación y la compra de vacunas. Cuando se han dado esas situaciones, se han producido en ocasiones decisiones unilaterales de algunas CCAA, que han producido no sólo problemas sanitarios, sino que también han provocado incrementos del gasto por el arrastre de las restantes CCAA que provocan, cuya justificación sanitaria se puede poner en cuestión.

Esos resultados en un terreno como es el de la compra de determinados productos farmacéuticos, como las vacunas, en el que el gasto es en todo caso notablemente menor que el que provoca la asistencia sanitaria cotidiana, sirve para poner de relieve que el CISNS, por sus propias características constitutivas esenciales, carece de las condiciones necesarias para ser el órgano de gobierno efectivo de la atención sanitaria prestada por el SNS, si se quieren mantener condiciones universales e igualitarias en su prestación.

##### **5) Otro déficit atribuible a la LGS es el que se refiere a la regulación del desarrollo del proceso de universalización del ejercicio del derecho a la asistencia sanitaria.**

Como se ha indicado en el apartado IV.2.3 anterior, cuando en 1986 se promulgó la LGS, hasta el 97,5% del total de la población española disponía del derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, aunque bajo regímenes de Seguridad Social distintos, que generaban a su vez importantes diferencias en la provisión y el acceso a los servicios, que para algunos alcanzaban incluso a su prestación por entidades privadas.

“Universalizar” la protección sanitaria para lograr condiciones de protección igual para todos los ciudadanos, en aquel momento no podía tener, en consecuencia, como se ha indicado antes, un sentido distinto al de unificar y hacer igual la protección de los diferentes sistemas de SS previos, además del de extender la protección sanitaria

pública al 2,5% restante (básicamente la población de los “cupos” de beneficencia, algunos grupos profesionales específicos, como los abogados, y algunos grupos de alto nivel de rentas no laborales),

La LGS abordó esa tarea sólo de manera parcial y progresiva a través de disposiciones largamente incumplidas, que incluso permiten ahora la persistencia de sistemas de protección diferenciados en cuanto al contenido de ésta y su financiación para las Mutualidades de funcionarios (MUFACE, MUGEJU e ISFAS); estos sistemas menoscaban la efectividad de la igualdad de la protección y la financiación disponible para la de la población general, manteniendo además la de esos grupos como una prestación contributiva de su sistema de Seguridad Social.

Esa situación ha recibido, sin embargo, el refrendo legal repetido y expreso por parte del PP, pero también del PSOE, a lo largo de los últimos años, e incluso su ratificación en la normas más recientes que pretendían resolver el problema del acceso a la atención sanitaria de la población inmigrante en situación irregular.

Se trata de una situación cuya solución debe acompañar a cualquier proceso de reforma de la organización sanitaria que se pretenda desarrollar en el futuro, y cuya persistencia, por el contrario, dificulta la resolución de cualquier crisis sanitaria, incluso aunque ésta sea de naturaleza distinta.

El mejor ejemplo de ello es la reciente crisis generada por la pandemia provocada por el coronavirus. La prestación de servicios a través de entidades privadas a la población acogida a estos sistemas diferenciados de protección ha dificultado no sólo la detección de los casos de afectados por la enfermedad y la aplicación de las medidas de tratamiento, prevención y aislamiento de los contactos consiguientes. Esas dificultades, con proyección general, tienen especial reflejo en la fase en la que nos encontramos, en la que la detección de nuevos contagios se ha confiado de manera preferente a la red pública de atención primaria, a la que no tiene acceso la mayor parte de la población acogida a estos sistemas diferenciados de protección, una de cuyas supuestas ventajas es facilitar el acceso directo a los especialistas del ámbito privado, mientras, por el contrario, disponen de una red de atención primaria muy poco desarrollada.

## V.- LA INCLUSIÓN DE LA FINANCIACIÓN SANITARIA EN EL SISTEMA DE FINANCIACIÓN DE LAS CCAA DE RÉGIMEN COMÚN, UNA VUELTA DE TUERCA MÁS EN LA DESINTEGRACIÓN DEL SNS QUE, SIN EMBARGO, PUEDE RESOLVERSE CON MEDIDAS DE RANGO LEGAL.

V.1) La evolución de las fuentes de financiación de la asistencia sanitaria desde la LGS hasta la actualidad.

Un efecto peculiar de la creación en la LGS del SNS sobre la base del sistema de Seguridad Social que ya existía, tiene que ver, de manera específica con el sistema de financiación que se previó para el propio SNS. La incapacidad manifiesta para poder

disponer de inmediato de una base impositiva suficiente para financiar el Sistema llevó a que éste se siguiera financiando también de la misma manera que lo venía haciendo el sistema de Seguridad Social previo, mediante el recurso al mecanismo contributivo vinculado a las cotizaciones sociales con las que se mantenía el sistema de Seguridad Social y sus prestaciones, entre ellas las sanitarias, como base principal (un 76% de su presupuesto en 1986, año de promulgación de la LGS), a la que acompañaba una aportación minoritaria del Estado (el 24% restante el mismo año).

La decisión era, por otra parte, coherente con la disposición establecida en el artículo 149.1.17 del texto constitucional, conforme a la cual el régimen económico de la Seguridad Social constituía una competencia exclusiva del Estado, *"sin perjuicio de la ejecución de sus servicios (entre ellos los sanitarios) por las Comunidades Autónomas"*.

El hecho de que la LGS no contuviera ninguna previsión de que, al pasarse a un sistema de cobertura universal, la asistencia sanitaria dejase de ser una prestación de la Seguridad Social, se acompañó además de la ausencia paralela de cualquier previsión legal por la que, al constituirse el SNS, debieran alterarse en uno u otro sentido las proporciones de aportación a la asistencia sanitaria que se daban en el momento de promulgación de la LGS.

De hecho ocurrió así: las proporciones citadas apenas variaron en un punto desde 1986, año de la promulgación de la LGS, hasta 1988, año en el que fueron respectivamente del 25 y el 75%. Esa continuidad inmediata tras la LGS parece poner de manifiesto que la modificación de las mismas no era una consecuencia asociada a ninguna previsión de cambio de modelo que estuviera de una u otra manera contenida en la LGS, lo que en ningún caso ocurría.

Por el contrario, en 1989 se produjo un vuelco sustancial en esas proporciones: en ese año, desde el punto de vista contable las aportaciones del Estado pasaron a representar un poco más del 70% de la financiación de la asistencia sanitaria que, sin embargo, y a efectos de los traspasos a las CCAA susceptibles de recibirlo, siguió siendo "de la Seguridad Social", mientras que las cotizaciones sociales pasaron a representar un poco menos del 30%.

La causa de ese cambio no fue, sin embargo, un aumento real de los impuestos dirigidos a financiar la sanidad, con una rebaja paralela de las cotizaciones sociales dirigidas al mismo fin, sino tan solo un cambio formal de partidas presupuestarias, con arreglo al cual la asistencia sanitaria pasó a financiarse con ingresos generados mediante impuestos generales en una cantidad igual al importe de las pensiones no contributivas, que suponían en aquel momento concreto una cantidad similar. Éstas, por su parte, pasaron desde entonces a financiarse por la Seguridad Social, aunque su naturaleza fuera y siga siendo distinta a la de las pensiones contributivas.

Que ese intercambio no supuso un compromiso firme con la extensión progresiva de esa pauta, ni estaba basado en un análisis en profundidad de la coherencia con el modelo diseñado en la LGS, al menos al nivel del Gobierno, y mucho menos del partido que soportaba a éste todavía con mayoría absoluta. Lo demuestra el hecho de que esa evolución se truncó en los años siguientes, con el cambio de los responsables sanitarios

que lo habían llevado a cabo en 1989: con pequeñas oscilaciones en sentidos variables durante los años intermedios, en 1994 las proporciones de aportaciones del Estado y de las cotizaciones sociales fueron ese año las mismas que se habían alcanzado en 1989.

Fue sólo en 1995 cuando se recuperó la evolución hacia la financiación de la asistencia sanitaria por impuestos generales y se produjo la desaparición casi completa de las cotizaciones sociales como soporte de la misma: en ese año, la participación de las aportaciones de los presupuestos del Estado aumentaron hasta cerca del 78%. Esa evolución continuó en los años siguientes, hasta que en 1999 los presupuestos generales del Estado alcanzaron a soportar la práctica totalidad de la financiación de la asistencia sanitaria que, sin embargo, siguió siendo considerada como prestación no contributiva de la Seguridad Social.

Ese ciclo final se sustentó en el acuerdo alcanzado en el Pacto de Toledo, cuyo texto fue aprobado por el Pleno del Congreso durante la sesión del 6 de abril de 1995, y entre cuyas medidas se incluía la de separar la financiación de las prestaciones contributivas de las no contributivas. (Pese a lo cual las pensiones no contributivas han seguido siendo financiadas hasta ahora, como se comenzó a hacer en 1989, por la Seguridad Social; lo que ahora plantea otros problemas para su reversión, considerada necesaria, dada la situación deficitaria en que se encuentra el sistema de pensiones).

El acuerdo se tradujo luego en la Ley 24/1997, de 15 de julio, de consolidación y racionalización del sistema de Seguridad Social, en cuyo artículo 1 se reitera el criterio de separación de la financiación de las prestaciones contributivas de la de las no contributivas y universales, entre las que se incluyen *“las prestaciones y servicios de asistencia sanitaria...salvo que se deriven de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales”*, que se financiarán *“mediante aportaciones del Estado al Presupuesto de la Seguridad Social”*. Por su parte, el apartado Dos del mismo artículo 1 de esta Ley se reguló la aplicación de la separación paulatina de las fuentes de financiación de unas y otras prestaciones, lo que se debería llevar a cabo de manera completa *“antes del ejercicio económico del año 2000, en los términos que establezca la correspondiente Ley de Presupuestos Generales del Estado de cada ejercicio económico”*.

Que el origen de esa decisión estuviera también en este caso fuera del sistema sanitario y a través de medidas que tenían como objetivo principal consolidar el sistema de pensiones, sometido ya entonces a tensiones que ponían en cuestión su viabilidad a medio y largo plazo largo si no se introducían modificaciones en el mismo, constituye tan solo una confirmación más de que la evolución y la situación de la financiación sanitaria se ha movido siempre por razones e intereses prioritarios, principalmente de carácter económico, ajenos al propio sistema sanitario. Y que, por el contrario, la propia financiación sanitaria no se ha considerado nunca como un instrumento principal dirigido al mejor al funcionamiento del mismo, ni a mantener las condiciones universales e igualitarias de la protección sanitaria.

En todo caso, la financiación de la asistencia sanitaria se mantuvo como un sistema independiente del de financiación de las restantes competencias *“propias”* de las CCAA

hasta diciembre de 2001, dos años después de que la propia financiación sanitaria careciese ya de cualquier aportación del sistema contributivo de la Seguridad Social. En esa fecha tuvo lugar un doble proceso simultáneo, consistente, de una parte, en efectuar el traspaso de la gestión de la asistencia sanitaria a las diez CCAA que todavía no lo habían recibido. Para llevarlo a cabo, todas ellas debieron previamente modificar sus Estatutos de autonomía correspondientes, incluyendo en los mismos la capacidad competencial de asumir la gestión de servicios de la Seguridad Social. A la vez, se incluyó la financiación de la asistencia sanitaria en el sistema de financiación autonómica general.

Este doble proceso, sustentado en la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regularon las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las CCAA de régimen común, tuvo como finalidad principal hacer posible la cesión de una cesta de impuestos más amplia y homogénea a todas las CCAA sometidas al sistema de financiación autonómica general (todas menos el País Vasco y Navarra): hasta entonces, 10 CCAA recibían sólo los fondos del sistema de financiación de las competencias propias ya traspasadas (en el caso sanitario, las de Sanidad e higiene o Salud Pública), y las siete que habían recibido el traspaso de la asistencia sanitaria, la cantidad añadida correspondiente a la financiación de ésta, a través de su sistema de financiación independiente.

Esa cesión de impuestos más amplia no se hubiera podido justificar si cada una de aquéllas no hubiera recibido el traspaso de la gestión de la asistencia sanitaria, que suponía (y sigue suponiendo) un promedio, con tendencia creciente, cercano al 40% del presupuesto y el gasto de cada una de las CCAA.

Los pormenores del sistema de financiación aplicado a partir de ese momento, conforme a lo dispuesto en la Ley orgánica 7/2001, de modificación de la LOFCA, promulgada y publicada a la vez que la ley 21/2001 el 31 de diciembre de ese año, exceden las posibilidades de este informe. Cabe, sin embargo, destacar que el sistema regulado en la ley orgánica 7/2001, que estaba basado en el cálculo de las “necesidades de gasto” de cada CA para el ejercicio de las competencias asumidas, supuso la eliminación de la previsión de cualquier clase de nivelación sanitaria entre las CCAA entendida como igualación en la atención sanitaria a recibir por los ciudadanos de cada una, en recursos materiales necesarios para ello, o en acceso a los mismos.

Supuso también la eliminación de cualquier intervención de la AGE para lograrla en unos u otros de esos términos: el sistema preveía sólo “asignaciones de nivelación” (económica) en aquellos casos en que el aumento de población de una determinada CA superase en más del 3% la media nacional de incremento de la población, lo que en ningún caso ocurrió. Convirtió así en referencia única de esa “nivelación” la garantía de unos niveles mínimos de financiación dirigida a la asistencia sanitaria por parte de cada CA, excluyendo a la vez también en la práctica los mecanismos de cooperación y las economías de escala que, vía la mejora de la eficiencia global del sistema, podían contribuir a reducir sus niveles globales de gasto.

Ese primer sistema general de financiación autonómica, que incluyó desde entonces la sanitaria, se sustituyó por uno nuevo en 2009. El nuevo, que todavía sigue en vigor, supuso una vuelta de tuerca más en la separación entre los mecanismos financieros y la previsión específica de unos niveles similares de atención sanitaria y de acceso a la misma por parte de todos los ciudadanos españoles, con independencia de su CA de residencia. Supuso también un paso atrás añadido a la renuncia por parte de la AGE a desempeñar un papel equilibrador y de garantía de unos niveles similares de atención sanitaria para todos los ciudadanos con derecho a recibirla, con independencia de su lugar de residencia.

V.2) Los efectos de la inclusión de la financiación de la asistencia sanitaria en el sistema de financiación general de las CCAA de régimen común.

**Los efectos de los cambios en la financiación introducidos en 2002 excedieron con creces los efectos financieros específicos del cambio de un sistema de financiación sanitaria independiente a otro integrado en la financiación de otras competencias asumidas como propias por las CCAA.**

**a) Ese cambio supuso en primer lugar a la vez, conforme a los términos de una sentencia posterior del Tribunal Constitucional (fundamento jurídico 5 de la STC 98/2004, de 25 de mayo de ese año), el cambio de la consideración de la atribución al Estado de la competencia sobre la asistencia sanitaria como parte de las prestaciones de la Seguridad Social, a la atribución a las CCAA de esa misma competencia sobre la asistencia sanitaria como parte de la competencia propia de éstas sobre la sanidad.**

Las razones aducidas por el TC para justificar ese cambio de título competencial se basan en la sentencia en el cambio que se había producido en la protección sanitaria en virtud de las leyes sanitarias promulgadas, en primer lugar la LGS, que *“no se circunscribe a la asistencia sanitaria que es dispensada por el sistema de Seguridad Social a favor de los beneficiarios que se encuentran dentro de su campo de aplicación, sino, más ampliamente, a la financiación pública de una prestación sanitaria... proporcionada por el SNS con carácter universalista a todos los ciudadanos...Ello resulta avalado porque la descentralización de los servicios sanitarios y el traspaso de servicios y funciones efectuada por la AGE en materia de sanidad a favor de las distintas CCAA se ha visto acompañada de una nueva forma de financiación 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 (proceso este que ha culminado con la Ley 21/2001, de 27 de diciembre...Lo anterior se confirma también por la ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS, que, según su art. 1, tiene por objeto el establecimiento del “marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones Públicas Sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias”...”.*

Un examen de esas razones señaladas por el TC para justificar el cambio de título competencial comentado permite comprobar que la primera de ellas hace referencia a una cuestión, la extensión con carácter universal de la protección sanitaria, la modificación de cuya regulación en el sentido indicado por la sentencia se había

producido mucho tiempo antes, en 1986, con la promulgación de la LGS, sin que por sí sola tal modificación hubiese determinado el cambio de uno a otro título competencial. Un efecto no producido cuya realidad demuestra por sí mismo el hecho de que los trasposos de la asistencia sanitaria a las CCAA se siguieron realizando después de la LGS, y hasta completarlos en 2001, en función y con la condición de que cada una de ellas tuviera incluida en su estatuto de autonomía respectivo la posibilidad de asumir competencias en materia “*ejecución (gestión) de servicios de la Seguridad Social*”.

Eso deja a la segunda de las razones citadas, el cambio del sistema de financiación para incluir la sanitaria en el sistema de financiación autonómica general, llevado a cabo por la Ley 21/2001, como la única razón real para, conforme a la propia sentencia, dar soporte formal al reconocimiento del cambio de título competencial señalado. Lo que supone afirmar que el cambio en el sistema de financiación efectuado fue la causa del cambio competencial que tuvo lugar, y no, por el contrario, el propio cambio en el sistema de financiación el efecto necesario de un cambio de la competencia sanitaria ocurrido una vez terminado el proceso de traspaso de la asistencia sanitaria (de la Seguridad Social) a la totalidad de las CCAA.

Respecto a ese cambio competencial reconocido por el TC mismo, se debe, en todo caso, recordar en primer lugar que la integración de la financiación sanitaria en el sistema de financiación autonómica general no fue ni es una consecuencia obligada de la sustitución de las cotizaciones sociales por los impuestos generales como fuente de soporte fundamental, e incluso exclusivo, de la financiación sanitaria.

Por el contrario, la persistencia en el tiempo (1989-2002) de un sistema de financiación sanitaria independiente en coincidencia con una fuente de financiación basada primero de manera mayoritaria y luego completa en las aportaciones del Estado, y éstas en impuestos generales, permite considerar que existían y existen otros modelos posibles de financiación diferentes a la integración indiferenciada de la financiación sanitaria en el sistema de la financiación autonómica general de las CCAA de régimen común adoptado en 2001.

De la misma manera cabe destacar que el concepto de Seguridad Social que se deduce de la sentencia, basado en que el sistema de protección sanitaria de ésta sólo se extiende al aseguramiento “profesional” de quienes contribuyen a su mantenimiento mediante sus cotizaciones sociales vinculadas al desempeño de un puesto de trabajo, es diferente y más restringido que la concepción de un sistema de Seguridad Social más amplio, como el previsto en el acuerdo del Pacto de Toledo en 1995, y su refrendo posterior como Ley 24/1997. En éstos cabía y cabe la diferenciación de prestaciones universales no contributivas, y otras profesionales y contributivas, sin que quepa excluir a las primeras de esa Seguridad Social en sentido amplio, que encuentra su referencia más cercana en el sistema de Seguridad Social que Lord Beveridge propuso para el Reino Unido postbélico en su informe de 1942, conforme a un concepto que está incluido también en su regulación legal en el caso español por la citada Ley 24/1997, de 15 de julio, de Consolidación y Racionalización del Sistema de Seguridad Social.

Una tercera cuestión a señalar es que el cambio de título competencial consecuencia, según la sentencia, de la ley 21/2001, fue además objeto de una aplicación parcial y contradictoria: no hay razones que permitan justificar la persistencia a día de hoy de un sistema de protección sanitaria diferenciado y con carácter de prestación sanitaria de un sistema de Seguridad Social profesional para los ciudadanos españoles titulares o beneficiarios de los regímenes especiales de funcionarios civiles y militares MUFACE, MUGEJU e ISFAS que, como ciudadanos, tienen también derecho a la atención prestada por el SNS.

La inequidad e ineficiencia del mantenimiento de ese doble sistema de protección para esos grupos restringidos de población sólo se explica por la tolerancia expresa de su mantenimiento y el respeto por los intereses corporativos que representa esa situación por distintos gobiernos, tanto del PSOE como del PP. Una tolerancia que se ha traducido en disposiciones específicas en distintas leyes sanitarias aprobadas por gobiernos de uno u otro de esos partidos con diferentes grados de acuerdo entre ambos, que, en todo caso, no ha impedido la coincidencia en este aspecto, incluso en su regulación literal en disposiciones distintas (entre ellas la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del SNS; la Ley 33/2011, general de Salud Pública; o el Real Decreto- Ley 16/2012), que han permitido de manera expresa la permanencia inalterada de esas situaciones.

Las contradicciones mencionadas **no deben permitir olvidar en todo caso el aspecto más destacado de la sentencia del TC 98/2004: si la razón fundamental para entender que se había producido el cambio de título competencial es consecuencia, conforme a la sentencia, del cambio del sistema de financiación sanitaria previsto en una norma, la 21/2001, con rango de ley, una norma del mismo rango que previera un sistema de financiación sanitaria diferente podría determinar, dependiendo de los términos de la nueva regulación que se estableciera en la misma, un nuevo cambio del ejercicio funcional de las competencias sanitarias, tanto por parte de la AGE como por las CCAA, lo mismo que ocurrió en sentido inverso con la ley 21/2001, sin necesidad de recurrir a una modificación de las competencias constitucionales atribuidas a una y las otras.**

V.3) El resultado de ese cambio de interpretación del título competencial con arreglo al cual se había asumido por las CCAA la competencia sobre la asistencia sanitaria es que cambiaron también las acciones susceptibles de llevarse a cabo por la AGE y las propias CCAA para el gobierno de esa misma competencia.

Sobre la base de la aceptación de ese cambio, las CCAA acentuaron las actitudes que traducen la capacidad de organización de sus instituciones de autogobierno que el propio artículo 147.1.1ª de la CE les reconoce, a la vez que reforzaban el rechazo de todos aquellos mecanismos de información y control por parte de la AGE que pudieran suponer un cierto grado de intervención por parte de ésta sobre el ejercicio de su autogobierno en esa materia.

El desarrollo de esos mecanismos de información, y el sometimiento a cualquier control por parte de la AGE en las materias sanitarias, estaba, sin embargo, ya autolimitado como consecuencia de la restricción de sus propias funciones asumida por el Mº de

Sanidad desde el inicio de los traspasos sanitarios y en la propia LGS, por las razones que se han explicado en apartados anteriores.

En consecuencia, la mejor expresión del reforzamiento aceptado de las actitudes citadas se puede considerar la promulgación de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del SNS. En ella se trasladaron a la regulación expresa de la organización del sistema sanitario, y en especial a la de los mecanismos y órganos de coordinación, y de manera específica al funcionamiento del Consejo interterritorial (CISNS), las limitaciones en el ejercicio de sus funciones por parte de la AGE que ya se estaban dando previamente, y la incapacidad de imponer actuaciones sanitarias a las CCAA desde el propio CISNS.

Lo mismo ocurre con otro tipo de actuaciones, como el establecimiento de normas de carácter “básico”, una competencia también propia de la AGE en el ámbito de la “sanidad” conforme a lo dispuesto en el artículo 149.1.16 de la CE. Las limitaciones en la aplicación, reducida a mínimos, del concepto de lo que es “básico”, y su aplicación al ámbito de la asistencia sanitaria sobre la base de la cita de numerosas sentencias del propio TC, se incluye también en el fundamento jurídico sexto de la sentencia 98/2004.

Por el contrario, en esa sentencia no hay ninguna cita expresa de otras sentencias relativas al uso de instrumentos económicos, como las subvenciones, o la promoción y el apoyo desde la AGE al desarrollo prioritario de determinados programas o acciones sanitarias por las CCAA en el terreno de la salud pública, que habían sido objeto de repetidos pronunciamientos desde el TC a partir de una primera sentencia, la 13/1992, de 6 de febrero.

Tratándose de un ámbito que constituye una competencia “propia” de las CCAA, y, en consecuencia, sometido a un sistema de financiación común de las competencias autonómicas que tienen ese carácter, la sentencia 13/1992, igual que otras muchas siguientes, estableció de manera específica que el apoyo económico al desarrollo de esos programas o acciones no podía ser objeto de una distribución discrecional y con arreglo a sus propios criterios desde la AGE. Por el contrario, ese apoyo debía someterse a los mismos criterios de distribución territorial a las CCAA establecidos en el sistema de financiación de esas competencias “propias” de éstas.

En coherencia con esos pronunciamientos, y aunque la referencia a ellos no figure de manera explícita en la sentencia 98/2004, la consecuencia que se debe deducir también de la inclusión por la Ley 21/ 2001 de la asistencia sanitaria en el ámbito de la competencia “propia” de las CCAA sobre sanidad, es que acciones del mismo carácter que supongan el reparto directo o el condicionamiento de algunos fondos a las CCAA no caben tampoco, en tanto se mantenga esa inclusión, en el terreno de la asistencia sanitaria; una forma de reparto de fondos que no se puede utilizar ni siquiera para establecer o mantener determinadas condiciones de ésta, como se hace por ejemplo en Canadá. Se debe deducir también, en consecuencia, que, si en el sistema sanitario español se quisieran aplicar medidas de ese carácter, sería necesario para ello modificar el sistema de financiación sanitaria, y la forma en que está incluida ésta en el sistema de financiación autonómica general.

## VI.- LOS EFECTOS DE LAS REGULACIONES DE LA SANIDAD MENCIONADAS SOBRE EL EJERCICIO DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y SOBRE EL GOBIERNO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS.

VI.1) La aparición de desigualdades como consecuencia del proceso de descentralización del sistema sanitario español que ha tenido lugar.

La aparición de diferencias en distintos aspectos de los servicios o actividades entre las entidades a las que se lleva a cabo cualquier proceso descentralizador es una consecuencia no sólo inevitable, sino incluso buscada, de cualquier proceso de esa naturaleza.

El complemento necesario de cualquier proceso así que no pretenda sólo la elusión de responsabilidades para cederlas por completo a las entidades que reciben su traspaso es, sin embargo, la dotación de mecanismos o sistemas de información que permitan valorar si las diferencias que aparecen como resultado del proceso descentralizador son adecuadas o, por el contrario, deben corregirse. Esto es de especial importancia en aquellos casos, como el de la descentralización de los servicios sanitarios que ha tenido lugar en España por razones constitucionalmente previstas que, sin embargo, se complementan con la previsión también constitucional de condiciones de igualdad básica en la protección sanitaria como derecho vinculado a la ciudadanía española.

No es posible aquí un análisis en profundidad de los sistemas de información disponibles por el SNS, que, sin embargo, ha sido objeto de otros trabajos previos. En los primeros apartados de este informe se ha hecho referencia también a los déficits de información de que adolecido nuestro sistema sanitario para afrontar la crisis sanitaria generada por el coronavirus. De unos y otros se pueden en todo caso deducir algunas conclusiones importantes:

-En primer lugar, que **los sistemas de información públicos disponibles por el SNS sobre estado de salud, recursos materiales y humanos, presupuestos y gasto sanitario, acceso a los servicios y otros parámetros, no proporcionan información adecuada y suficiente para la gestión ordinaria y en situaciones de crisis del propio SNS.**

-En segundo lugar, que **hay estudios sistemáticos realizados por entidades privadas con soporte público, como el Atlas de Variaciones en la Práctica Médica en el SNS, que cuenta con el apoyo del Gobierno de Aragón, que ponen en evidencia las grandes desigualdades que existen entre CCAA, y entre centros concretos, en ocasiones dentro de una misma CA, en el acceso a la atención sanitaria,** expresadas tanto en demoras en los tiempos de atención, como en los resultados del tratamiento, en el diagnóstico y tratamiento de diferentes patologías que son causas principales de morbilidad y mortalidad, como distintos tipos de tumores, la cardiopatía isquémica, la diabetes y otros procesos.

Esos estudios ponen de relieve la desigualdad de oportunidades de sobrevivir a un mismo proceso, o de recibir un tratamiento adecuado en un tiempo medicamente adecuado, que se produce en muchos casos en función del código postal. Algunos de ellos ponen también de manifiesto ciertas situaciones de centros y servicios concretos que permitirían poner en cuestión si la distribución de los recursos, y la autorización de esos centros para desarrollar determinadas actividades diagnósticas o terapéuticas, lo que corresponde decidir a cada CA en su territorio, son los adecuados; o si, por el contrario, y a la vista de la falta de calidad comparada de sus resultados, debería cancelarse la autorización para realizarlas a determinados centros y/o la dotación a los mismos de los recursos necesarios para ello.

Se trata, en todo caso, de situaciones que ponen de manifiesto la necesidad imprescindible de una mejora de los sistemas de información del SNS, que son *“el cemento que une a las regiones de un SNS descentralizado”*. Esas situaciones permiten a la vez poner en cuestión el grado de autonomía más adecuado por parte de las CCAA, pero también por parte de los centros, para asumir de manera exclusiva, a través de sistemas de compra independientes, la dotación y distribución de los recursos tecnológicos más complejos, sin tener en cuenta criterios globales de la eficiencia en el uso de los mismos y de calidad en la prestación, condicionada en muchos casos por niveles mínimos de actividad necesaria para alcanzarla.

Esos ejemplos sirven de modelo de las utilidades que se deberían derivar del sistema de información del SNS para hacer efectiva la garantía de igualdad básica en el acceso a la atención sanitaria prevista en la Constitución española (CE). Pero pueden también servir de ejemplo de formas alternativas de organización del sistema de información de que debe disponer el SNS.

**-En tercer lugar, que algunos desarrollos específicos del sistema de información del SNS parecen diseñados en sentido contrario al interés principal que debían servir, que es, en cumplimiento de lo previsto en la CE, garantizar la igualdad en el acceso a la atención sanitaria necesaria por parte de todos los ciudadanos españoles con independencia de su lugar de residencia; y que, por el contrario, parecen orientados a confirmar la imagen de cada CA como gestor exclusivo de los servicios sanitarios para sus propios ciudadanos, sin someterse en ese ejercicio a ninguna comparación ni control externo a su propia gestión.**

El mejor ejemplo de ese diseño es el Sistema de Información sobre Listas de Espera (SISLE), cuyo desarrollo se sustenta en dos normas, el RDecreto 605/2003, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre listas de espera en el SNS, y el RDecreto 1039/2011, por el que se establecen los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del SNS.

De entrada cabe recordar que la información regulada en ambas normas se refiere a un amplio número de indicadores dirigidos a conocer la situación del conjunto de pacientes que se encuentran a la espera de diferentes tipos de atención médica (en consultas, de

ingreso hospitalario, o de intervención quirúrgica, de realización de distintos servicios de salud, y en diferentes situaciones de espera).

Ese enfoque, que excluye proporcionar información personalizada de la situación de cada paciente en cada tipo de espera, y, en consecuencia, la orientación de la información a la valoración de un ejercicio igualitario del derecho personal a la atención sanitaria, parece orientado más bien a proporcionar a las administraciones sanitarias responsables de ésta, y a la población atendida, instrumentos de valoración de la gestión que cada una hace de ella.

La información que proporciona el SISLE resulta, sin embargo, contradictoria con esa orientación supuesta: del amplio número de indicadores previstos en el RDecreto 605/2003, el SISLE se limita a proporcionar información general de dos grandes áreas, la lista de espera quirúrgica y la lista de espera en consultas externas, por otra parte sin establecer ninguna relación entre ellas.

La información que proporciona sobre la lista de espera quirúrgica se refiere a la distribución entre 14 especialidades del número total de pacientes quirúrgicos en espera, el número de pacientes en cada una de ellas por mil habitantes, el porcentaje de pacientes de cada una con esperas superiores a 6 meses, y el tiempo medio de espera en cada especialidad, indicadores que se proporcionan tanto a nivel del conjunto del SNS, como de cada CA.

Al margen de esa información general por especialidades el SISLE proporciona información específica con los mismos indicadores y distribución en el conjunto del SNS y desagregada por CCAA de hasta 11 procesos seleccionados. De ellos sólo dos (Catarata y Prótesis de cadera) coinciden con los que son objeto del establecimiento de tiempos máximos de espera en el RDecreto 1039/2011, siendo los restantes banales o susceptibles de tratamiento mediante cirugía mayor ambulatoria, sin que ninguna de las normas citadas proporcione justificación alguna del interés que se persigue con la atención especial puesta en la situación de esos procesos concretos.

Por su parte, la información sobre primeras consultas se refiere a diez especialidades básicas, sobre la que se proporciona información global del conjunto del SNS y de cada una de las CCAA sobre el número de pacientes/mil habitantes en espera en cada una de aquéllas, el porcentaje de pacientes con fecha de consulta asignada con más de 60 días de espera y el tiempo medio de espera en días en cada especialidad.

La ausencia de datos sobre esperas para la realización de pruebas diagnósticas, especialmente las que suponen la utilización de tecnologías más complejas, en las que se producen cuellos de botella en muchos casos que ponen particularmente en cuestión la igualdad en el acceso al tratamiento adecuado de determinadas patologías graves, es una carencia específica añadida del SISLE.

En todo caso, la observación de los datos de cualquiera de las entregas sucesivas de éste que se vienen periódicamente haciendo públicas por el M<sup>º</sup> de Sanidad permite

comprobar la existencia de importantes diferencias en los promedios de los indicadores mencionados en las esperas de cualquiera de las especialidades, intervenciones y consultas registradas agrupados por CCAA.

Sin embargo, a partir de la forma de presentar esos registros estadísticos, no se puede en ningún caso siquiera sugerir qué razones (insuficiencia en la dotación de recursos materiales o humanos; diferencias en la gestión de los mismos; medidas de una u otra naturaleza adoptadas para mejorar las situaciones previas y grado de éxito logrado por esas medidas diferentes) pueden haber determinado la existencia de esas diferencias en cada caso, ni tampoco, en consecuencia, deducir qué medidas adoptar para mejorar las situaciones más desfavorables. Algo que, por otra parte, de acuerdo con las propias normas de las que deriva el sistema de información específico analizado, queda bajo la responsabilidad de cada administración que gestiona los servicios, sin someter su actividad a ningún control externo a ella.

En todo caso, la importancia real atribuida por las distintas administraciones públicas responsables a este sistema de información, y al problema al que apunta, se puede reflejar en el hecho incontestable del crecimiento sostenido de todos los indicadores globales de listas de espera a lo largo de los años, sin que frente a ese crecimiento se haya producido ninguna reacción significativa, y menos común. Un interés que contrasta con la valoración que hacen de la existencia de las listas de espera los propios ciudadanos, para los que su existencia, conforme a valoraciones y encuestas repetidas, constituye el problema principal de su relación con el SNS, y a los que afectan de manera no estadística, sino individual.

**Todo ello justifica que un desarrollo diferente , más amplio, y orientado a proporcionar la información precisa para una gestión tanto ordinaria como en situaciones de crisis, del SNS, sobre la base de una definición legal adecuada de su organización y funcionamiento, es un elemento imprescindible de las transformaciones que precisa el propio SNS.**

#### VI.2) La organización y funcionamiento del Ministerio de Sanidad como órgano central del SNS.

El Ministerio de Sanidad, con otras denominaciones y competencias añadidas a ese título que han ido variando a lo largo del tiempo, **es el órgano del que, desde el primer gobierno tras la restauración de la democracia en España, se ha dotado el Gobierno de la nación para hacerse cargo de las competencias sanitarias que la Constitución española (CE), de 1978, otorga a la Administración General del Estado (AGE).**

Sin embargo, puesto que la propia CE estableció como uno de sus principios básicos el otorgar competencias en esa y otras materias a unas entidades políticas de nueva creación, las Comunidades Autónomas, es fácil de comprender que esas competencias estatales fueron variando a lo largo del tiempo desde una situación en la que el Estado asumía la casi totalidad de las competencias sanitarias, a medida que se fue llevando a cabo el proceso de traspasos a las CCAA en esta materia. Un proceso que, como se ha

descrito, se prolongó hasta completarse durante un plazo de más de veinte años, que finalizó, salvo flecos menores que todavía se siguen reclamando por algunas CCAA, en 2002, y que, en consecuencia con la amplitud de ese plazo y con la diversificación de los tiempos de transferencia de cada una de las competencias sanitarias a las distintas CCAA, produjo una gran variedad de situaciones intermedias.

Desde un punto de vista estructural cabría deducir sin temor a equivocarse que los efectos de la finalización de ese proceso sobre el M<sup>º</sup> de Sanidad deberían haber tenido un efecto reductor neto de su propia estructura.

Pero esa reducción, que efectivamente se produjo en una proporción muy superior a la que tuvo lugar en otros Ministerios responsables de áreas de gobierno que también se sometieron a un proceso de descentralización de competencias a las CCAA, tuvo en el caso sanitario otras razones añadidas, e incluso algún aspecto cualitativo peculiar.

Esa suma de razones ha llevado a que, **con la estructura actual de la que dispone, si no se modifica, carezca de capacidad para cumplir con las funciones que son propias de un órgano que ocupa la posición central de un sistema sanitario que, con arreglo a lo previsto en la CE, pese a su gestión descentralizada, debe garantizar las condiciones básicas de cobertura universal e igualitaria para toda la población española; por otra parte, su desaparición conllevaría la imposibilidad de que el Gobierno de la nación careciese de la posibilidad de disponer de una política sanitaria propia, cuya importancia se he revelado de manera específica durante la crisis provocada por el coronavirus.**

De todo ello se deduce que **el reforzamiento estructural del M<sup>º</sup> de Sanidad es un requisito indispensable para cualquier política de reforzamiento del SNS. Hacerlo así supone desandar el camino andado que ha llevado a colocarlo en la situación de deterioro en la que se encuentra ahora, y es por eso por lo que se trata de analizar, para revertirlas, las razones que han llevado a que esté en esa situación, más allá de las medidas de recorte estructural que, por razones económicas, en especial con la crisis económica anterior, y como a otros departamentos ministeriales, se le han aplicado a lo largo del tiempo (una reducción de su plantilla de más de 1.300 funcionarios y personal laboral, sustituidos en muchos casos por personal contratado de consultoras externas para realizar las funciones que desempeñaban antes los primeros, con el deterioro añadido de la autoridad pública en el ejercicio de las mismas).**

**Entre esas razones añadidas cabe incluir al menos tres:**

**-en primer lugar, la mala definición de sus funciones como órgano central del SNS en el texto de las normas, en especial la Ley General de Sanidad, que regularon la constitución y el funcionamiento del propio Sistema.**

Durante largo tiempo, el transcurrido hasta que se completó el traspaso de la gestión del INSALUD a la totalidad de las CCAA, buena parte de la actuación del M<sup>º</sup> se centró en la gestión de la parte del Instituto que no se había traspasado a las CCAA, quizás con

la idea de que la gestión de esa parte de la asistencia sanitaria (que a partir de 1994 se redujo al 40% de ésta en términos de población, pero siguió afectando al 60% de las CCAA) serviría de referencia y modelo a la gestión de las CCAA que habían recibido el traspaso. Una idea que resultó de escasa eficacia para mantener la cohesión de las actuaciones de esas CCAA que lo habían recibido ya.

Una vez completado, en enero de 2002, el traspaso del INSALUD a la totalidad de las CCAA, lo que supuso la desaparición de cualquier posibilidad de gestión directa en el ámbito de la asistencia sanitaria por parte del Mº de Sanidad, la Ley16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS no introdujo ninguna modificación sustancial en la definición del papel del propio Mº, ni, como se señaló más arriba en este informe, significó tampoco ningún cambio significativo en el funcionamiento de los órganos de coordinación, en particular el del Consejo Interterritorial del SNS (CISNS).

**-en segundo lugar, la existencia del Mº de Sanidad no ha logrado evitar que funciones estrictamente atribuibles a este Departamento ministerial como ejecutor de las políticas sanitarias del Gobierno hayan permanecido hasta ahora bajo la dependencia de otros Departamentos ministeriales;** lo que ha supuesto la posibilidad de que desde estos últimos se hayan adoptado en ocasiones decisiones concretas, o incluso desarrollos generales, contradictorios con la política sanitaria definida de manera general.

Entre los ejemplos más importantes de esas situaciones que han socavado la capacidad de dirección de las políticas sanitarias por parte del Mº de Sanidad se encuentra la adscripción de las entidades gestoras de las prestaciones sanitarias de las Mutualidades de funcionarios (MUFACE, MUGEJU e ISFAS) a departamentos ministeriales (Hacienda, Justicia, Defensa) distintos del de Sanidad. También la atribución al INSS de los mecanismos de reconocimiento y las bases de datos de la población con derecho a la protección sanitaria del SNS. Y la adscripción sucesiva, a partir de 2008, del Instituto Carlos III, del que dependen los organismos, como el Centro Nacional de Epidemiología o el de Microbiología y Virología, que han sido el soporte fundamental del Centro de Coordinación de Emergencias Sanitarias, que es un órgano casi vacío de personal y medios propios, en la respuesta a la epidemia por el coronavirus, a otros Departamentos ministeriales, en la actualidad el de Ciencia e Innovación. O incluso el desarrollo compartido de las políticas de formación del personal sanitario con el Mº de Educación y el de Universidades, cada uno en sus niveles respectivos, que resulta en un traslado inadecuado y excesivo de los criterios académicos al ámbito de la organización profesional del sistema sanitario.

**-El deterioro de la capacidad de dirección de las políticas sanitarias del Mº de Sanidad ha sido favorecido también no sólo por el menoscabo de sus plantillas en términos cuantitativos, sino por la pérdida de cualificación específica de su personal en administración y gestión sanitaria, tanto en el campo de la salud pública como en el de la asistencia sanitaria.**

Ese deterioro es el resultado de dos líneas de actuación con resultados convergentes: de un lado, la decisión, adoptada de manera solapada a mediados de los años 80, de considerar equivalente a efectos de provisión de los puestos de trabajo de contenido sanitario de carácter administrativo o de gestión la formación y cualificación del personal sanitario asistencial, encuadrado en los Estatutos jurídicos del personal sanitario de la Seguridad Social, que desarrolla su trabajo en los centros del SNS, a la del personal funcionario de los cuerpos sanitarios que existían previamente para el desarrollo específico de las actividades y funciones del carácter citado; de entre ellos, de manera destacada, los Cuerpos de Médicos y Farmacéuticos de Sanidad Nacional en el ámbito de la Salud Pública, y los de Médicos y Farmacéuticos Inspectores de la Seguridad Social para la gestión de la asistencia sanitaria. De otro lado, esa decisión se ha complementado desde los órganos de personal del propio M<sup>º</sup> de Sanidad, en connivencia con los intereses de otros cuerpos superiores de la Administración, con una política de restricción de las convocatorias para el acceso a esos cuerpos de funcionarios sanitarios, que ha llevado a la práctica desaparición efectiva de éstos.

El resultado más visible de la coincidencia de esas dos líneas de actuación es que las plantillas de personal del M<sup>º</sup> de Sanidad están mayoritariamente ocupadas por personal sanitario estatutario asistencial o con personal de otros cuerpos de la Administración, uno y otro carente de formación y cualificación adecuada a las funciones de administración y gestión sanitaria específica que competen al propio Departamento sanitario.

Por las razones apuntadas, **cualquier intento de reforzamiento de la capacidad de dirección de las políticas sanitarias del M<sup>º</sup> de Sanidad, y más aún su traducción legislativa mediante una nueva Ley de sanidad deberá atender a los tres aspectos del deterioro de su capacidad que se han comentado.**

### VI.3) La organización y el funcionamiento de los servicios de salud autonómicos.

a) Un primer aspecto de la gestión autonómica de los servicios sanitarios es que **la importancia económica del traspaso de la gestión de la asistencia sanitaria a las CCAA ha tenido como consecuencia más directa que han sido los aspectos económicos de la gestión sanitaria los que han guiado principalmente ésta.** Lo que tiene, a su vez, como consecuencia que el poder de las Consejerías de sanidad autonómicas, gestoras teóricas de la mayor proporción del presupuesto y el gasto de la totalidad de las CCAA, sea más aparente que real, y que las decisiones económicas más relevantes se adopten directamente por, o se sometan en todo caso, al control de las Consejerías de Hacienda de las mismas administraciones autonómicas.

Para muchas CCAA, en especial las de menor tamaño poblacional, el servicio público autonómico de salud es el mayor empleador de cada una, y la generación de empleo en el sector, derivado de la creación de centros sanitarios, en especial en áreas o localidades concretas, constituye un incentivo específico para la multiplicación de

aquéllos, en muchos casos no seguida de un posterior funcionamiento eficiente de los mismos.

En eso, como en las políticas de compras del material sanitario más habitual y menos sofisticado (del que las mascarillas, o los equipos de protección individual precisados durante la epidemia son un buen ejemplo), cuya demanda se puede satisfacer por empresas locales de menor tamaño, que pueden reconvertirse incluso en ocasiones en meras distribuidoras de productos manufacturados en otros países con mano de obra más barata, el hecho de residir la capacidad de decisión en un nivel más próximo, como es el autonómico, se debe compensar con la implantación de mecanismos de decisión externos a cada CA, en especial en las decisiones más costosas, como es el de creación de centros sanitarios, que compensen el poder que proporciona esa situación a los grupos de interés más cercanos que se han generado en todas las CCAA. Esos criterios son también aplicables a las políticas de distribución de las tecnologías sanitarias más sofisticadas y costosas por las CCAA.

Estas situaciones deben tenerse en cuenta en cualquier nueva regulación que se efectúe del sistema sanitario, en los aspectos relativos a los sistemas de compras, y a las políticas de creación de centros nuevos sin una adecuada valoración del funcionamiento eficiente de los que ya existen, y la previsible de los que se pretendan crear. Algunas de las propuestas de creación urgente de centros nuevos por algunas CCAA después de la epidemia son buenos ejemplos de ello.

**b) Un segundo aspecto de la gestión autonómica de la sanidad** como está configurada ahora **es que no parece ser cierta la afirmación**, con frecuencia formulada y asumida de manera acrítica, **de que la situación actual puede servir de base y estimular la comparación entre las diferentes experiencias de gestión que se puedan estar produciendo en distintas CCAA y mejorar, en consecuencia, la gestión de todas ellas mediante la utilización de las que se evalúen como más adecuadas.**

Para que esa afirmación fuera cierta, sería necesario disponer en primer lugar de sistemas de información que facilitaran esas comparaciones. El desarrollo precario de éstos, y la necesidad de orientarlo de una manera distinta y eficaz a esos efectos de comparación de las distintas formas de gestión o cualquier otra situación o actividad autonómica se ha comentado ya en un apartado anterior. La actitud de todas ellas, de la que se podría utilizar como ejemplo el recurso de los gobiernos catalán y vasco que dio lugar a las sentencias 32/1983 y 42/1983, comentadas previamente, ha venido y sigue siendo situar la gestión sanitaria autonómica como una competencia exclusiva de cada CA, excluyente de cualquier control externo a sus propios órganos de control.

Por otra parte, la propia legislación promulgada desde la AGE, de la que la Ley 15/1997, sobre nuevas formas de gestión en el SNS, es un buen ejemplo, se ha venido orientando siempre hacia el estímulo de la diversificación discrecional de las fórmulas de gestión autonómicas, sin prever el sometimiento de éstas a ninguna clase de control, ni siquiera

el que podría corresponder al carácter básico del que se pueda dotar a la norma correspondiente, ni observación de los efectos producidos por la multiplicación de las distintas formas de gestión generadas por diferentes CCAA.

Son todas cuestiones que se deben abordar de manera distinta en cualquier nueva regulación del sistema sanitario, como la que se propone.

**c) La forma de descentralización sanitaria que se ha llevado a cabo estimula, en sentido contrario a lo comentado en el apartado anterior, la paralización de las iniciativas autonómicas para mejorar la gestión y el funcionamiento de sus propios servicios sanitarios en aspectos centrales de los mismos.** Dos buenos ejemplos de ello son la gestión del personal, y la constitución jurídica, organización y gobierno de los centros sanitarios.

a) En cuanto a la primera de esas cuestiones, la aprobación tardía, en 2003, mediante ley, de un estatuto-marco del personal sanitario del SNS, que vino a sustituir a los antiguos estatutos del personal sanitario de la Seguridad Social de distintas categorías profesionales, mantiene una regulación de cuestiones centrales del régimen del personal sanitario, como las condiciones de la contratación, los sistemas retributivos, las categorías profesionales, la definición de los puestos de trabajo o los sistemas de provisión de plazas, que se vienen perpetuando sin que ninguna administración autonómica adopte ninguna iniciativa para modificarlas, siquiera en su ámbito autonómico de responsabilidad .

Tales regulaciones, además de ser ampliamente incumplidas de manera sostenida cuando las administraciones autonómicas lo consideran conveniente; lo que lleva a situaciones inaceptables, como el amplio porcentaje del personal de diferentes categorías, alrededor del 30%, que se encuentran en situaciones prolongadas de contratación temporal no previstas en las normas correspondientes, que han sido denunciadas incluso desde el ámbito de las instituciones europeas. Por otra parte la provisión de las plazas vacantes, en proporciones arbitrarias conforme a las disponibilidades económicas de cada administración y en cada momento, genera auténticos cuellos de botella para el acceso estable a las mismas mediante ofertas públicas de empleo, cuya frecuencia prevista legalmente es imposible de mantener por las administraciones autonómicas. Lo que da lugar a convocatorias ocasionales que tardan años en resolverse. A lo que se añade el problema de que, una vez adjudicadas por las vías previstas, se les da, conforme a las normas en vigor, la caracterización de plazas “en propiedad”, con efectos cuando menos discutibles en cuanto al control del rendimiento de los profesionales que las desempeñan.

b) Lo mismo ocurre en el caso de la organización y la gestión de los centros sanitarios propios del SNS, que carecen de personalidad jurídica propia para la gestión de los servicios pero, a la vez, desde hace más de veinte años, cuando se abandonó un sistema de “contrato-programa” en las instituciones del INSALUD no traspasado a las CCAA,

disponen de amplia libertad en su gestión presupuestaria hasta que se agotan los fondos previstos para cada anualidad y cada centro, sin evaluación de la gestión ni exigencia de responsabilidad alguna a los gestores de los centros.

Por su parte, los criterios de designación de éstos, en ausencia de ningún proceso de profesionalización reglada homogénea para el acceso a la dirección de los centros públicos, sigue obedeciendo principalmente a criterios discrecionales de afinidad política con la administración autonómica que los designa.

Respecto a la gestión de los centros, la Ley 15/1997, mencionada antes, sobre “nuevas formas de gestión”, tuvo el efecto paradójico de que de su aplicación sólo se derivó la construcción de un número limitado de nuevos centros nuevos por algunas CCAA, en especial Madrid y la Comunidad Valenciana. Pero, por el contrario, dejó sin modificar en ningún sentido la gestión de los centros ya existentes, la proporción más importante de ellos, que sigue adoleciendo de los problemas citados. Esa situación no ha provocado tampoco ninguna iniciativa distinta para modificar esa situación por parte de ninguna de las CCAA que son responsables de su gestión.

c) Por otra parte, la situación jurídica de los hospitales “propios” del SNS (los antiguos centros de la Seguridad Social, que siguen siendo propiedad patrimonial de ésta) es aún más compleja: en diciembre de 2001, el Gobierno del PP de aquel momento, que estaba pendiente de completar el traspaso de la asistencia sanitaria a las 10 CCAA que no lo habían recibido hasta entonces, adoptó la decisión, mediante una norma (acuerdo de Consejo de Ministros) de rango equivalente al de un Real Decreto, pero tramitación mucho más simplificada, de constituir Fundaciones de Investigación, acogidas a la Ley 30/1994, de 24 de noviembre, de Fundaciones y de Incentivos Fiscales a la Participación Privada en Actividades de Interés General, en siete hospitales. Éstos eran los seis principales y de mayor tamaño todavía dependientes del INSALUD, de la Comunidad de Madrid, y el Hospital balear Son Dureta, que se encontraba en la misma situación.

Desde el punto de vista jurídico, la anomalía de la situación creada de esa norma y la efectividad de los traspasos a las CCAA en que se encontraban esos centros, que tuvo lugar pocos días después, derivaba no sólo de esa colisión temporal en la publicación y la efectividad de unas y otras normas. Se trataba, por el contrario, ante todo de la contradicción que suponía hacer coincidir en un mismo centro, de una parte, el sometimiento de su organización asistencial primordial al derecho público, dentro del cual cada centro carecía y carece de personalidad jurídica propia; y de otra, el reconocimiento expreso de una personalidad jurídica propia, con el carácter de fundación, al mismo centro, para el desarrollo de unas actividades de investigación realizadas en y sobre la base fundamental de la misma organización asistencial, y bajo la dirección de quienes dirigen esta última. Son éstos los que, de manera habitual, y en función de los cargos que desempeñan en ella, ocupan los cargos del Patronato que gobierna y representa en cada caso a la Fundación como entidad independiente de la

organización asistencial a la que pertenece, sea ésta el INSALUD antes del traspaso, o el servicio autonómico de salud correspondiente una vez llevado a cabo éste.

Lejos de resolverse ese embrollo jurídico, el desarrollo completo de los traspasos de la asistencia sanitaria, en contraste con lo ocurrido en el ámbito de la asistencia sanitaria, dió pie a la difusión de esta fórmula a numerosos centros de muchas CCAA. El rasgo común a todos ellos es que, al margen, pero en paralelo, al régimen jurídico de su organización asistencial, esos centros tienen constituídas fundaciones de investigación para el desarrollo de actividades en ese ámbito, de las que dan cuenta, mediante auditorías reglamentarias específicas realizadas al efecto, al Protectorado correspondiente de cada CA; un Protectorado que no tiene siquiera por qué coincidir ni dar cuentas al órgano de gobierno sanitario de la propia CA.

La complejidad de la situación desde un punto de vista legal es aún mayor si se tiene en cuenta que algunos de los hospitales más importantes del SNS que tienen constituídas Fundaciones de investigación independientes, y en concreto los primeros que las constituyeron, han sido también la base fundamental para constituir Institutos de Investigación conforme a lo dispuesto en la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del SNS, que han sido acreditados por el Instituto de Salud Carlos III con arreglo a los procedimientos y las reglas establecidos a partir de esa norma. Institutos de investigación de cuyos órganos de gobierno forman parte, haciendo mención expresa no tanto de los cargos asistenciales que ostentan, sino de los que desempeñan en la Fundación de investigación del mismo centro, quienes dirigen esos centros.

Ese entramado opaco de relaciones y estructuras superpuestas, que en la actualidad existe en la mayor parte de los centros públicos de mediano y mayor tamaño del SNS, tiene como primera consecuencia que sólo está sometida a mecanismos de control público homogéneos, ajenos en todo caso al propio SNS, aquella parte de la investigación biosanitaria que se desarrolla en ellos bajo la tutela de las distintas instituciones y redes que se han ido creando desde el Instituto de SALUD Carlos III. Mientras que, por el contrario, carece en la práctica de cualquier control externo a los propios centros aquella otra parte de la investigación que se lleva a cabo bajo el patrocinio de las Fundaciones de investigación constituídas en los mismos. Una parte también calificada como de investigación que corresponde en su mayoría a ensayos clínicos que se llevan a cabo por acuerdo directo entre los laboratorios farmacéuticos y las propias Fundaciones de investigación de los centros. Se trata de una actividad que es claramente favorecida por los propios laboratorios, y por la patronal que les representa a todos ellos, que ha encontrado en el SNS un campo abierto para facilitar los ensayos necesarios para la autorización de la comercialización de los productos farmacéuticos.

La importancia de esta parte de la investigación desarrollada en los centros sanitarios bajo esas fórmulas se puede valorar por el número de ensayos clínicos que se realizan en España, que sitúa al nuestro como el país en el que se realizan más ensayos de entre todos los países europeos, la mayor parte de ellos realizados en los centros públicos del

SNS; y que, según las propias valoraciones de Farmaindustria, ha llevado a que uno de cada tres ensayos realizados en Europa tenga participación española, y que el 80% de ellos responda al patrocinio directo de los laboratorios asociados a la patronal citada. Una realidad de la que, sin embargo, y por la forma en que se lleva a cabo, conforme a los procedimientos individuales por los que se acuerda su realización por cada centro, el propio SNS no obtiene ninguna ventaja como sistema, ni siquiera a la hora de fijar los precios que debe pagar por los medicamentos que son autorizados sobre la base de los ensayos clínicos que se han llevado a cabo en sus propios centros.

Son igualmente opacos, e imposibles de sistematizar en función de su opacidad y su variedad potencial, los criterios de distribución de la financiación que recibe cada Fundación de investigación de los laboratorios farmacéuticos que conciertan con ellas la realización de los ensayos. Una parte de esa financiación, que no hay constancia de que sea homogénea entre distintos centros, queda en todo caso a disposición de la propia Fundación de investigación, que puede subvencionar con ella la compra de material de diferente naturaleza, la contratación de personal auxiliar o investigador, o incluso la compra o construcción de edificios que le den soporte, y hasta programas ajenos por completo a la investigación realizada, como es el pago de incentivos económicos a las donantes de ovocitos en los programas de reproducción asistida de algunos centros. La mayor parte de ellas son funciones en las que esa financiación coincide, en forma difícil de separar, con la financiación de los Institutos de investigación o de otras instituciones superpuestas o coincidentes con cada una de ellas.

Es indudable, sin embargo, que una parte de la financiación obtenida por esta vía se destina también como incentivos a quienes llevan a cabo los ensayos, sin que, a falta de un control externo homogéneo y público de esa financiación, se disponga de una información pública asequible precisa del destino que se da a la misma por quien figura en cada caso como investigador principal. Tampoco se dispone de ninguna información homologable de las repercusiones de la realización de los ensayos por los distintos servicios sobre los repartos de la carga de trabajo asistencial entre los miembros de cada servicio, que pueden participar o no en el desarrollo de los propios ensayos. Ni de la posible participación en la función asistencial de personal, no sólo médico, que no forme parte de la plantilla asistencial de los propios centros. Son todas ellas cuestiones con repercusiones potenciales importantes también sobre la eficiencia asistencial de los centros.

Este conjunto de situaciones, que no se controlan desde el Instituto Carlos III, hoy dependiente del Mº de Ciencia e Innovación, pero tampoco desde el Mº de Sanidad, son una clara expresión de la necesidad de revisar la constitución y el funcionamiento de ambos en relación con la investigación en los centros del SNS.

Todas las situaciones descritas deben ser objeto de una nueva regulación que las resuelva de manera coherente. Una regulación que, para que resulte aplicable a la

totalidad de las instituciones y centros del SNS, debe tener el carácter de norma básica para el conjunto del sistema sanitario.

VI.4) La exclusión de la financiación sanitaria del sistema de financiación autonómica general es un punto clave para una nueva regulación del sistema sanitario de sentido federal sin necesidad de introducir modificaciones en la distribución constitucional de las competencias sanitarias.

El análisis de la distribución competencial realizado en los apartados anteriores de este informe permite considerar que el desarrollo y la aplicación de la distribución constitucional de las competencias sanitarias en materia de salud pública (“Sanidad e higiene”) y en asistencia sanitaria plantean problemas diferentes que, sin embargo, están en ambos casos en relación con los defectos observados en la respuesta del sistema sanitario a la crisis provocada por el coronavirus; una crisis que, a esos efectos, ha actuado como el “test de stress” más importante que el sistema sanitario en su conjunto ha sufrido hasta ahora desde que se completó el proceso de su descentralización a las CCAA.

a) En el caso de las competencias en materia de Salud Pública, los problemas parecen derivados sobre todo de una interpretación restrictiva del contenido y la distribución competencial hecha en la propia Constitución, en la que sólo se ha tenido en cuenta la atribución competencial de la “sanidad e higiene” a las CCAA, limitando a la vez, por razones que se han expuesto en los apartados anteriores de este informe, la interpretación y el desarrollo de las del establecimiento de “bases y coordinación general de la sanidad”, atribuidas en exclusiva a la AGE y, en relación con ello, el papel a desarrollar por los órganos que desempeñan funciones de esta naturaleza a nivel central.

En relación con ello, los problemas observados en el funcionamiento de los servicios de salud pública y vigilancia epidemiológica observados durante la pandemia no parecen susceptibles de solución, o siquiera mejora, mediante un mero “parcheo” de la organización y el funcionamiento de esos servicios, utilizando para ello la creación de nuevos órganos de uno u otro nivel, añadidos, sin alterarla, a la organización de esos servicios existente en la actualidad.

Por el contrario, el desarrollo normativo de una legislación específica de carácter básico en esta materia permitiría cubrir diversos objetivos que se consideran necesarios para lograr un cambio en la respuesta de estos servicios, tanto en el funcionamiento ordinario de los mismos como en situaciones de crisis como la que hemos vivido: en primer lugar, definir el papel a desarrollar por los servicios de primer nivel de esta naturaleza dependientes de las CCAA, así como aspectos básicos de la organización de los mismos, y de su relación con el sistema sanitario asistencial de primer nivel de su ámbito territorial. En segundo lugar, definir también la organización y el papel a desarrollar por los centros de referencia que deban existir a nivel central (una calificación que no excluye su ubicación fuera de Madrid), y precisar su forma de

constitución, funcionamiento y dependencia orgánica y funcional de los mismos. En tercer lugar, revisar el diseño de los sistemas de información y vigilancia epidemiológica existentes, de manera que permitan mejorar su funcionamiento ordinario y la respuesta a situaciones de crisis. Y, por último, definir los procesos de formación y reclutamiento homogéneo del personal que desempeñe estas funciones, tanto en los servicios autonómicos como en los órganos y laboratorios de referencia que se puedan crear a nivel central.

El desarrollo de una legislación de esa naturaleza podría hacerse de manera independiente, como ocurrió con la Ley 33/2011, de 4 de octubre, general de Salud Pública. Pero puede también hacerse, especificando su carácter básico, como parte de una general legislación general sobre sanidad, que incluya la regulación de la asistencia sanitaria, como ocurrió con la 14/1986, general de sanidad. Esta fórmula permitiría establecer mejor la relación entre uno y otro sistema, que, por otra parte, fueron objeto de una distinta distribución competencial original en la Constitución española

b) En el caso de la asistencia sanitaria, el problema de la interpretación y el desarrollo de la distribución competencial prevista en el texto constitucional es de naturaleza diferente.

La cuestión parte en este caso de la distribución competencial establecida en la CE, que atribuye al Estado la *“legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por la Comunidades Autónomas”*. Como consecuencia y después de la finalización del traspaso de la asistencia sanitaria (que era una competencia indubitada del sistema de Seguridad Social existente cuando se aprobó la Constitución) a la totalidad de las CCAA, un proceso que duró más de veinte años, y que se desarrolló sin ninguna regulación previa que lo ordenara, se pasó después a considerar que la competencia en asistencia sanitaria, que era del Estado como *“legislación básica y régimen económico (y, en consecuencia, financiación)”* de la misma, pasaba a ser, como competencia en “sanidad”, una competencia propia y, en consecuencia, sometida sólo a sus competencias de *“organización de sus instituciones de autogobierno”* (artº 148.1.1 de la CE), de las CCAA. Una interpretación que excluía cualquier posibilidad de intervención, ni en la organización de los servicios sanitarios autonómicos, ni en su financiación, ni en su gasto, por parte de la AGE.

Como se explica en apartados anteriores del informe, según el Tribunal Constitucional (STC 98/2004, de 25 de mayo), el argumento central que ha justificado ese cambio de título competencial, que carece de comparación en cualquier otro terreno, ha sido el cambio en el sistema de financiación de la asistencia sanitaria, que, de mantenerse de manera independiente hasta 2002, pasó en ese año a integrarse en el sistema de financiación autonómica general de las CCAA de régimen común.

De ese criterio se deriva, *a sensu contrario*, que la única posibilidad de volver a aspirar un funcionamiento cohesionado del SNS que no derive en la fragmentación en 17

sistemas independientes y distintos, y en las desigualdades no sólo financieras, sino también en el acceso a los servicios sanitarios y la prestación de los mismos, que han aparecido, y cuyas diferencias sólo se pueden resolver mediante la intervención compensadora estatal, es salir del sistema de financiación autonómica común. Un sistema que sólo está previsto para la de las competencias propias de las CCAA, que excluyen cualquier clase de intervención de la AGE, tanto desde el punto de vista financiero como de control de su ejecución por aquéllas

El momento oportuno para efectuar ese cambio es la revisión del sistema de financiación autonómica de las CCAA de régimen común, que está pendiente de llevarse a cabo desde 2014, y es ampliamente demandado desde aquéllas. La situación económica y social derivada de la epidemia por el coronavirus hace que, sin embargo, se deban prever más demoras en el desarrollo de un nuevo sistema de financiación para ese grupo de CCAA. En todo caso, la posibilidad de recuperar un sistema de financiación sanitaria independiente pasa porque, en el momento en que el cambio del sistema de financiación general se plantee, se disponga a la vez de una alternativa para la financiación específica y diferenciada del sistema sanitario.

El diseño de ésta debe ser, por otra parte, coherente con el establecimiento de mecanismos de constitución y funcionamiento del propio sistema sanitario que contribuyan a garantizar la igualdad en el acceso a los servicios que se deriva de la inclusión del derecho a la protección sanitaria vinculada a la condición de ciudadanía en la Constitución española, y de su consideración como prestación universal del sistema de Seguridad Social español, no puesta en cuestión por el soporte tributario de su financiación. Eso hace que el diseño de un sistema de financiación sanitaria específico deba formar parte de una nueva ley general de Sanidad, que incluya los elementos constitutivos esenciales del sistema a los que se ha hecho referencia a lo largo de este informe.

Todo ello justifica las propuestas que se formulan a continuación.

Por otra parte, el diseño de éstas puede servir de referencia y modelo para la consideración de las características y los límites de la descentralización de la “ejecución de los servicios de la Seguridad Social”, manteniendo la competencia estatal sobre legislación básica y régimen económico de ésta, que se deben establecer en otros terrenos, como el de las pensiones, que viene siendo largamente demandada desde algunas CCAA, si se quieren atender éstas y mantener a la vez la universalidad y la igualdad en el ejercicio de los derechos correspondientes. Previsiones y límites que estuvieron ausentes por completo en el proceso de descentralización sanitaria que tuvo lugar, y que ahora se quieren recuperar para hacer posible el ejercicio universal e igualitario del derecho a la protección de la salud.

## VII.- PROPUESTAS

1.- Promover una reforma en profundidad de la organización y el funcionamiento de los servicios de salud pública, en especial de los sistemas de vigilancia epidemiológica, mediante una reforma amplia de su regulación y organización actual, tanto a nivel central como autonómico, y de la cualificación del personal adscrito a esas áreas, basada en las competencias constitucionales atribuidas al Estado sobre “bases y coordinación general de la sanidad”.

2.- Separar la financiación de la asistencia sanitaria del sistema de financiación general de las CCAA de régimen común, y desarrollar una regulación específica de la financiación de la asistencia sanitaria, que incluya mecanismos de compensación entre CCAA por la asistencia de pacientes desplazados, y mecanismos comunes de planificación y distribución de las inversiones en el conjunto del SNS por el órgano de dirección con participación autonómica al que se hace referencia a continuación.

3.- Aunque ambas regulaciones se pueden hacer de manera independiente, se propone integrar las mismas en una nueva Ley general de sanidad de orientación federal que, reconociendo las competencias constitucionales atribuidas a las CCAA en ambas materias, desarrolle y permita hacer efectiva la intervención compensadora de la AGE para mantener las condiciones universales e igualitarias del ejercicio del derecho a la protección sanitaria derivadas también del texto constitucional.

4.- Recoger en esa ley una definición expresa de las condiciones básicas de la atención sanitaria que se deben mantener en la organización y la gestión de los servicios sanitarios por las CCAA, en términos de universalidad, ejercicio del derecho en condiciones de igualdad por todos los ciudadanos españoles en todo el territorio nacional, amplitud de la prestación, límites en las aportaciones económicas establecidas para acceder a distintos tipos de prestaciones, y condiciones de los centros sanitarios para integrarse y formar parte de la red pública de atención.

La definición de cada una de esas condiciones se debe acompañar de un sistema de indicadores que permitan a la AGE comprobar el mantenimiento de esas condiciones por las CCAA que gestionan los servicios, y de otro de penalizaciones previstas para el caso de la vulneración de esas condiciones por alguna de aquéllas.

5.- Constituir el SNS como una entidad con personalidad jurídica propia dotada de un órgano de dirección con participación de las CCAA, y definir de manera homogénea el carácter jurídico de los centros sanitarios propios del SNS de cara a la gestión de todas las actividades que se desarrollen en los mismos, tanto desde el punto de vista asistencial como y de investigación.

6.- Reforzar estructuralmente el Mº de Sanidad como órgano central del SNS, y adscribir al mismo de forma expresa la gestión de las prestaciones sanitarias de las mutualidades de funcionarios orientada a su integración plena en el SNS, el reconocimiento del derecho a la protección sanitaria del SNS y la constitución de una

base de datos de la población con derecho a ella, y la emisión de una tarjeta sanitaria única que sirva como instrumento de acreditación de ese derecho ante todas las instituciones y centros del SNS.

7.- Regular en la ley la constitución, forma de organización y desarrollo de un sistema de información económica y sanitaria que permita conocer en tiempo real la situación de los centros del SNS, y evaluar y corregir de manera eficaz las desigualdades en el acceso a la atención sanitaria entre las CCAA que se puedan producir por su gestión descentralizada por éstas.

8.- Regular de manera eficaz la constitución de una central de compras del sistema sanitario, adaptado en su organización y funcionamiento a las características específicas de los distintos tipos de productos de los que debe abastecerse el sistema sanitario para su funcionamiento adecuado.

8.- Constituir un órgano único, bajo la fórmula jurídica y en la ubicación que se considere más adecuada, de Evaluación de las tecnologías sanitarias y los medicamentos, como asesor y emisor de recomendaciones obligadas para la incorporación de unos y otros a su utilización por el SNS.

9.- Modificar el Estatuto de personal sanitario del SNS de forma que permita evitar de manera simultánea las situaciones de temporalidad de un porcentaje significativo del personal sanitario, los problemas para la agilidad necesaria en la contratación de éste, y las dificultades para el control del rendimiento y la mejora en la utilización de los recursos del SNS derivados de las formas de contratación propias del SNS

10.- Regular de manera nueva en el conjunto del SNS mediante la utilización de medios propios, como la Escuela Nacional de Sanidad, los mecanismos comunes de profesionalización y formación del personal destinado a llevar a cabo las funciones de administración y gestión de los servicios sanitarios, y las funciones de dirección de los centros públicos sanitarios.