

PROPUESTAS PARA EL REFORZAMIENTO DEL SISTEMA PÚBLICO SANITARIO A TRAVÉS DE LAS POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA*

**Josefa
Cantero Martínez**

*Profesora Titular de Derecho Administrativo
Universidad de Castilla-La Mancha*

SUMARIO

I. Introducción. II. Enfermedades emergentes y salud pública. III. La toma de decisiones más inmediatas para estar preparados ante nuevos rebrotes de la COVID-19, nuevas pandemias o nuevos riesgos sanitarios. IV. Otras posibles reformas para conseguir un Sistema Nacional de Salud más eficiente y cohesionado. 1. La necesidad de contar con un Sistema de Vigilancia en Salud Pública robusto, que aporte alta capacidad de alerta y respuesta ante cualquier emergencia o crisis sanitaria. 2. Es necesario desarrollar reglamentariamente las previsiones y diseños organizativos previstos en la Ley General de Salud Pública. Algunos ejemplos. 3. Repensando el papel del Ministerio de Sanidad y del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en un sistema sanitario políticamente descentralizado. 4. La conveniencia de adoptar un Pacto por la Sanidad Pública en el que se definan los rasgos más importantes del sistema.

I. INTRODUCCIÓN

La severa crisis pandémica que hemos sufrido como consecuencia de la COVID-19 es una buena oportunidad para reflexionar sobre el papel que han tenido en nuestro sistema sanitario las políticas de salud pública y, especialmente, sobre sus posibilidades de mejora. La reflexión se vuelve todavía más pertinente si, como apuntan los expertos, es preciso reforzar notablemente la capacidad de vigilancia epidemiológica del sistema, además de su capacidad asistencial. Esta sería una de las principales lecciones aprendidas de la pandemia.

La actual pandemia debe permitir poner en valor la salud pública, porque es tan importante como la salud asistencial y también ha de desempeñar

un papel esencial en nuestro sistema de salud. La propia Organización Mundial de la Salud ya nos ha dicho que los confinamientos por sí solos no funcionan. No se puede tener a una sociedad perpetuamente confinada para evitar los contagios. Hay que poner en marcha la vigilancia de salud pública, la investigación y seguimiento de los casos (la trazabilidad o rastreo de casos), la realización de test si aparecen síntomas, las cuarentenas y, obviamente, la atención sanitaria.

Puede decirse que nuestro modelo todavía presenta un importante margen de recorrido de reformas que no son muy costosas, pero que permitirían fortalecer sensiblemente nuestro sistema público a través

* El texto recoge parcialmente mi intervención en el Congreso de Diputados, ante la Comisión de Reconstrucción Social y Económica, como presidenta de SESPAS (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria), el 9 de junio de 2020.

de la promoción de la salud pública, entendida como aquel conjunto de actuaciones realizadas por las Administraciones públicas para prevenir la enfermedad y promover la salud a través fundamentalmente de hábitos saludables u otras medidas¹. Para ello, sería preciso avanzar hacia un nuevo modelo sanitario que mirara más a la salud y no tanto a la enfermedad.

Se ha dicho, efectivamente, que nuestro actual modelo está primordialmente centrado en su faceta asistencial, focalizado en el tratamiento de la enfermedad y, posiblemente, medicalizado en exceso². Tendría que producirse un avance hacia un modelo centrado en la salud y que se apoye también de modo importante en su prevención³ y su promoción⁴. Se trataría de orientar el sistema hacia la salud en lugar de centrarlo solo en la enfermedad, para conseguir que los ciudadanos tengan una mayor calidad de vida y reducir las desigualdades. Junto a la salud asistencial, la salud pública también debe jugar un papel fundamental.

En las siguientes páginas nos proponemos dos objetivos fundamentales. En primer lugar, orientar a los poderes públicos hacia una toma de decisiones inmediatas para poder reaccionar adecuadamente ante eventuales rebrotes de la COVID-19 o ante otras pandemias o riesgos sanitarios. En segundo lugar, realizar algunas propuestas de reforma del sistema sanitario con la finalidad de robustecerlo, especialmente su sistema de vigilancia epidemiológica. Desde la salud pública se pueden realizar importantes aportaciones.

1 La salud pública es el conjunto de actividades organizadas por las Administraciones públicas para prevenir la enfermedad, así como para proteger, promover y recuperar la salud de las personas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo y mediante acciones sanitarias, sectoriales y transversales.

2 Medicalizar es aplicar medicamentos o hacer intervenciones médicas innecesarias o excesivas. Hacer creer a la gente que tiene una enfermedad puede ser una sustanciosa fuente de ingresos, cuando en realidad se trata de circunstancias que forman parte del ciclo vital: la tristeza, el cansancio, niños hiperactivos, adolescentes problemáticos, etc. En no pocas ocasiones, la adversidad cotidiana adquiere rango de enfermedad. El mundo de atención a la mujer es buen ejemplo de ello. Se realizan abordajes terapéuticos y farmacológicos cuando se trata de afrontar períodos que forman parte del ciclo vital de la mujer y que con educación para la salud y la incorporación de hábitos saludables normalmente no requerirían de ningún tipo de actuación médica ni el recurso a la Terapia Hormonal Sustitutiva para la Menopausia.

3 La prevención tiene por objeto reducir la incidencia y la prevalencia de ciertas enfermedades, lesiones y discapacidades en la población y atenuar o eliminar en la medida de lo posible sus consecuencias negativas mediante políticas acordes con los objetivos de esta ley.

4 La promoción de la salud incluye las acciones dirigidas a incrementar los conocimientos y capacidades de los individuos, así como a modificar los “determinantes de salud”, esto es, las condiciones sociales, laborales, ambientales y económicas, con el fin de favorecer su impacto positivo en la salud individual y colectiva.

II. ENFERMEDADES EMERGENTES Y SALUD PÚBLICA

Sabido es que la salud pública contribuye notablemente a la sostenibilidad del sistema por los ahorros que genera. Prevenir el tabaquismo ahorra gran cantidad de recursos en tratar enfermedades pulmonares. Detectar y controlar a una persona que padece una enfermedad altamente contagiosa previene que haya más pacientes con esa enfermedad, evita muchos tratamientos médicos, gastos sanitarios y costes indirectos asociados (gastos sociales, laborales, etc...). Promover hábitos de comida saludable disminuye los problemas de la obesidad. La vacuna contra la gripe alivia los colapsos en urgencias cada invierno. Con la actual pandemia, el fortalecimiento y mantenimiento de las adecuadas políticas de salud pública y, en especial, de las capacidades de vigilancia epidemiológica es fundamental. Detectar los contagios de coronavirus y cortarlos es crucial para eliminar presión a las sobrepasadas UCI y salvar vidas.

Las enfermedades emergentes constituyen ya un riesgo y una seria amenaza para la seguridad y la salud de un país. Ya hemos tenido la oportunidad de comprobarlo. Ya en el año 2009, la Fundación Alternativas publicó un interesante estudio sobre el concepto de “seguridad integral” en el que las enfermedades emergentes aparecían como uno de los principales riesgos para la seguridad de los Estados por el impacto que podían tener en la población, por su potencial para paralizar la economía, erosionar el orden social y debilitar la confianza de los ciudadanos ante la impotencia de los gobiernos para reaccionar⁵. *La Estrategia de Seguridad Nacional 2017*, aprobada por el Real Decreto 1008/2017, de 1 de diciembre, ya incluía como nuevos ámbitos de actuación la preservación del medio ambiente, la lucha contra el cambio climático y la seguridad frente a epidemias o pandemias. Estas nuevas amenazas son muy importantes en nuestro país si tenemos en cuenta que España recibe más de 75 millones de turistas al año, con puertos y aeropuertos que se cuentan entre los de mayor tráfico del mundo, un clima que favorece cada vez más la extensión de vectores de enfermedades y una población envejecida.

En la Estrategia se establecen los elementos y las medidas necesarias para la seguridad frente a las epidemias y pandemias. Se resaltan la necesidad de minimizar los riesgos y su posible impacto sobre la población a través de varias medidas: reducir la vulnerabilidad de la población a los riesgos infecciosos

5 La Seguridad Integral: España 2020. https://www.fundacionalternativas.org/public/storage/publicaciones_archivos/9e1f8bd80c98311bbef05f6aaf1f3077.pdf

cuando es factible (por ejemplo, mediante la vacunación); reducir la probabilidad de introducción de riesgos infecciosos (por ejemplo, mediante el control e inspección de mercancías en frontera) y reducir la probabilidad de transmisión interna de enfermedades (por ejemplo, mediante buenos programas de prevención y promoción de la salud o buenos sistemas de saneamiento). La puesta en marcha de estas políticas exige robustecer los servicios de vigilancia epidemiológica y de salud pública de nuestras Administraciones.

Frente a los riesgos que plantea las pandemias y epidemias, es preciso adoptar planes de preparación y respuesta ante los riesgos sanitarios, tanto genéricos como específicos, los derivados ahora del coronavirus. Todo ello bajo el principio de coordinación entre la Administración General del Estado y las Administraciones autonómicas y, a su vez, con los organismos internacionales como el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades, en el seno de la Unión Europea, y la Organización Mundial de la Salud. Impulsar la coordinación internacional para el intercambio de información y el conocimiento sobre la gestión y tratamiento de nuevas enfermedades es una de las labores más importantes frente a las pandemias.

Ya en la Estrategia se ponía de manifiesto la necesidad de mejorar las capacidades y mecanismos de actuación del sistema público sanitario. Para ello es imprescindible contar con el personal adecuado, especialmente con el que se encarga de realizar las tareas de vigilancia epidemiológica. En dicho documento se establecen varias actuaciones como estrategia para luchar contra las epidemias y las pandemias: elaborar planes genéricos de preparación y respuesta, lo que nos debería llevar a elaborar un nuevo plan específico de preparación y respuesta frente a la COVID-19; adaptar la red de hospitales para el tratamiento ante cualquier enfermedad infecciosa; ampliar y mantener los sistemas de vigilancia epidemiológica; desarrollar protocolos para evitar la entrada en el país de animales o mercancías que puedan contener patógenos de riesgo y controlar la entrada de personas que accedan a nuestro país con enfermedades infecciosas de alto riesgo; reforzar las capacidades de respuesta de equipos de intervención; adoptar protocolos de gestión y comunicación de situaciones de crisis alimentarias en coordinación con la Unión Europea y otros organismos internacionales, etc. El cumplimiento de todos estos objetivos requiere que nuestro sistema cuente con los recursos humanos y económicos que sean necesarios, lo que redundará, sin duda, en un fortalecimiento de nuestro sistema público sanitario.

III. LA TOMA DE DECISIONES MÁS INMEDIATAS PARA ESTAR PREPARADOS ANTE NUEVOS REBROTOS DE LA COVID-19, NUEVAS PANDEMIAS O NUEVOS RIESGOS SANITARIOS.

La pandemia nos ha enseñado que un brote de la COVID-19 tiene el potencial de desbordar el sistema asistencial de cualquier país, independientemente de sus capacidades habituales, superando los medios disponibles de la propia comunidad. Por eso debemos estar preparados. Para eventuales rebrotos o nuevas pandemias es necesario que el Sistema Nacional de Salud esté preparado, que cuente con la necesaria capacidad asistencial y capacidad de vigilancia epidemiológica.

En nuestro caso, partimos, además, de una situación muy frágil del servicio público sanitario: infradotación de recursos económicos y personales como consecuencia de los recortes que hemos padecido en estos últimos años de crisis. Un sistema debilitado y caracterizado por: altísima temporalidad del personal estatutario que ha sido resaltada por la propia jurisprudencia comunitaria y que, si no se soluciona, corremos el riesgo de agravar; déficit de profesionales, especialmente de enfermeras, que son las que están desempeñando un papel esencial en la detección de los casos y el rastreo de contactos en colaboración con los servicios de vigilancia epidemiológica; retrasos en la gestión de las listas de espera; reivindicaciones retributivas y laborales; falta de incentivos para el personal sanitario y de implicación de los profesionales en la gestión del servicio público; necesidad de reforzar la atención primaria y comunitaria, etc. La pandemia ha llevado al límite a un sistema sanitario que ya estaba previamente tensionado.

Además, tiene planteado un reto muy importante. Es necesario, no solo volver a la normalidad en la prestación del servicio público, sino recuperar la demora. Durante estos meses de pandemia, el sistema normal de atención sanitaria se ha visto afectado de modo intenso porque todos los recursos se han concentrado en la atención a la urgencia provocada por la Covid-19 y en evitar el colapso del sistema sanitario. Ello ha tenido como efecto la desatención de la patología ordinaria, no sólo porque en muchos centros de salud ha quedado suspendida, sino también por el propio miedo de los ciudadanos a contagiarse.

De modo inmediato, deberían adoptarse ya algunas medidas importantes:

1. Establecer una reserva estratégica de material sanitario, medicamentos, productos sanitarios básicos⁶ y demás recursos que sean necesarios para hacer frente a eventuales rebrotes, nuevas pandemias o crisis sanitarias de cualquier índole que puedan volver a producirse (materiales de protección, EPI's, mascarillas, sustancias desinfectantes, instalaciones de camas de UCIs, respiradores automáticos, etc.)

Han faltado recursos tan esenciales como los respiradores automáticos y camas disponibles en UCI, falta de profesionales sanitarios, materiales y equipos de protección individual, test, mascarillas, alcohol y geles hidroalcohólicos, etc. La respuesta que hemos obtenido del mercado ha sido la falta de materiales, desabastecimiento, precios elevadísimos y falta de calidad de los productos suministrados. Resultado de ello ha sido el contagio de más de 51.000 profesionales sanitarios que han estado en primera línea de exposición por la imposibilidad de desempeñar sus funciones con las medidas de seguridad exigibles. Ya tenemos las primeras sentencias que condenan a la Administración por no respetar los derechos fundamentales de la vida y la integridad física de estos profesionales por no haberles proporcionado los equipos de protección adecuados (Sentencia del Juzgado de lo Social Único de Teruel nº 60/2020, de 3 de junio de 2020 en el procedimiento de conflicto colectivo y derechos fundamentales).

Habría que plantearse como posible estrategia frente a desabastecimientos, la producción propia de equipos y tecnologías sanitarias.

2. Reforzar el papel de la Atención Primaria y Comunitaria como puerta de entrada del paciente al servicio público sanitario, como filtro de la atención especializada y ahora, además, como centinela de la detección de nuevos casos de coronavirus, tratamiento inmediato, rastreo de contactos y seguimiento durante la cuarentena, en coordinación con los correspondientes servicios de vigilancia epidemiológica de las Comunidades Autónomas.

La crisis sanitaria ha puesto de manifiesto la imperiosa necesidad de reforzar la atención primaria de salud, que además representa una herramienta muy poderosa para la equidad del país por su carácter vertebrador del Sistema Nacional de Salud y porque el modelo de atención primaria en España se basa en los pilares clave reflejados en la Declaración de Alma-Ata: es integral, integrada, continua, accesible, multidisciplinaria, participativa y de alta calidad.

⁶ Puede ser de gran utilidad seguir con la Estrategia seguida por el *Plan de Garantías de Abastecimiento de Medicamentos 2019-2022* (abril de 2019).

Ciertamente es difícil gestionar más de 13.000 centros de salud y consultorios y donde han incidido de modo directo las políticas de austeridad mantenidas en los últimos años y han llevado a la atención primaria a una crisis manifiesta que se traduce en variabilidad territorial, de recursos humanos y de cartera efectiva en el territorio nacional, que están afectando profundamente la calidad de los servicios que recibe la población. La pandemia la ha tensionado todavía más.

Se ha considerado necesario reorientarla hacia la promoción de la salud y la salud comunitaria desde un enfoque integral. Se trataría de avanzar hacia una concepción mucho más amplia y rica de la atención primaria basada en la atención integral a la población, en la que los profesionales de la salud actúen de manera coordinada y planificada con otros agentes de la comunidad en el abordaje de los problemas de salud. Este nivel de atención debe centrar su acción en las personas, familias y comunidades; en ofertar la mayor parte de la atención cerca del domicilio del paciente y reservar los hospitales para los procedimientos altamente especializados. Para ello, es preciso que el modelo de atención primaria y comunitaria se desarrolle y alcance el liderazgo que le corresponde, con la debida coordinación entre niveles asistenciales y con las estructuras de salud pública.

En este nuevo enfoque ya se ha previsto la necesidad de realizar reformas para aumentar la capacidad resolutoria de este tipo de atención, pues se ha observado que se derivan con más frecuencia a ciertas especialidades hospitalarias, procesos que podrían ser resueltos en el centro de salud con la tecnología sanitaria adecuada y mayor acceso a pruebas diagnósticas. Con la crisis de la COVID-19 se hace más necesario todavía avanzar en esta línea para facilitar las pruebas diagnósticas y la rápida detección de contactos. Adicionalmente, debe producirse una modernización en la atención, aplicando sistemas ehealth y fomentando las consultas no presenciales y el seguimiento telefónico, que durante esta crisis se han demostrado de gran utilidad.

El sistema necesita una correcta gestión de recursos humanos para conseguir sus objetivos y contar con las inversiones y los instrumentos adecuados para un adecuado desarrollo profesional. En este sentido ya se están dando los pasos en la dirección correcta con la aprobación del *Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria* de abril de 2019, que elaboró el Ministerio de Sanidad en colaboración con los demás agentes implicados en la materia. Ahora solo falta implementarlo.

3. Garantizar que el sistema dispone de las adecuadas capacidades de respuesta, dotando y planificando adecuadamente las plantillas de personal.

Hay que dotar adecuadamente el sistema con el personal que resulte necesario, tanto en los servicios asistenciales como en los no asistenciales. Sólo ello nos permitirá contar con las capacidades adecuadas para responder con prontitud ante nuevos riesgos. El sistema tiene que contar con personal suficiente para hacer todas estas labores de vigilancia de la salud, detección de contagios, seguimiento y rastreo, elaboración de planes de preparación y respuesta frente a la COVID-19, etc. Además, hay que gestionar toda la información que genera el sistema y saber interpretarla y utilizarla en coordinación directa entre la Atención Primaria y Comunitaria, los servicios de vigilancia epidemiológica autonómicos y el Ministerio de Sanidad.

La existencia de profesionales en salud pública competentes es la mejor garantía de que la Administración sanitaria cumple con sus obligaciones de defensa de la salud. Sin embargo, la capacidad de vigilancia epidemiológica estaba muy mermada por la escasez de personal y por la falta de tecnología adecuada. Pensemos, por ejemplo, en el *SiViEs*, en el Sistema de Vigilancia de España que se gestiona desde el Centro Nacional de Epidemiología y que es el responsable Gestión de la notificación de la información generada por la vigilancia epidemiológica. Desde la Unidad de Gestión de Datos y Apoyo Metodológico se gestionan las plataformas electrónicas que permiten la notificación, almacenamiento, acceso y transmisión de datos de manera segura entre el Centro Nacional de Epidemiología y las Comunidades Autónomas. Según aparece en su propia Web, su plantilla está compuesta por diez empleados y un jefe de la unidad. Es evidente que con esta plantilla tan mermada difícilmente se puede dar una respuesta ágil y eficaz a la gestión de los datos que se comunicaban por parte de las unidades de salud pública de las Comunidades Autónomas, que son los que debían alimentar el sistema proporcionando los datos de los contagios de sus respectivos territorios.

La gestión de los sistemas de información ha mostrado su debilidad y ha tenido que ir modificándose sobre la marcha. Habría que repensar cómo mejorar la capacidad de las Administraciones para gestionar información sanitaria, disponer de datos ordenados, detallados y, sobre todo, que se proporcionen de forma rápida. En este sentido, también se ha echado en falta un mayor liderazgo del Ministerio de Sanidad en la gestión de los datos estadísticos, en su homogeneización y, en general, en la información proporcionada diariamente de la pandemia.

El sistema de vigilancia e información epidemiológica, que proporciona indicadores diarios para la vigilancia y para articular, en su caso, una alerta y respuesta temprana, es complejo y requiere la coordinación de las Comunidades Autónomas con el Estado⁷. El Ministerio de Sanidad debe coordinar las emergencias nacionales y pandemias y cuenta con efectivos muy mermados. Debe tener los recursos necesarios para gestionar con celeridad y eficacia. Por su parte, las Comunidades Autónomas deben contar con el personal adecuado de epidemiología, bien coordinado con los profesionales de Atención Primaria, para realizar las labores de seguimiento o rastreo de contactos para la detección precoz de los casos sospechosos. Todo ello, sin descuidar tampoco el resto de funciones para garantizar la sanidad ambiental, la seguridad alimentaria, etc., que también son salud pública⁸. Hay que disponer del personal asistencial necesario para curar, producido un brote de contagios. Todos los profesionales son necesarios y debe garantizarse esta capacidad de respuesta tanto a nivel hospitalario como a nivel de atención primaria y en coordinación con los servicios de Salud Pública.

El problema es que estas políticas de personal no se pueden improvisar, requieren planificación. Algunas Comunidades Autónomas, ante la escasez de personal están recurriendo a externalizar estos servicios mediante la contratación con empresas privadas, cuando lo correcto sería hacerlo desde los servicios de vigilancia epidemiológica o desde la Atención Primaria y Comunitaria, fundamentalmente a través de las enfermeras, que es el personal que reúne las competencias, conocimientos y capacidades para ello y que, además, dispone de un régimen jurídico que garantiza su reserva ante los datos de salud.

Para explicar la necesidad de planificación, podemos traer a colación lo que ocurre, por ejemplo, con el personal de Medicina Familiar y Comunitaria y la Medicina Preventiva y Salud Pública, que son

⁷ El Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la red nacional de vigilancia epidemiológica, permite la recogida y el análisis de la información epidemiológica con el fin de poder detectar problemas, valorar los cambios en el tiempo y en el espacio, contribuir a la aplicación de medidas de control individual y colectivo de los problemas que supongan un riesgo para la salud de incidencia e interés nacional o internacional y difundir la información a sus niveles operativos competentes.

⁸ Debemos aprovechar la pandemia y la crisis sanitaria actual para fortalecer también a estos colectivos porque de ellos depende directamente vigilar y reducir riesgos muy importantes para la salud de las personas. A día de hoy, y con este futuro tan incierto, la gestión no sólo de las posibles epidemias sino las alertas alimentarias y ambientales o la gestión de riesgos emergentes como los que nos trae ya el cambio climático serán de muy difícil abordaje si no se redimensionan y se definen de nuevo para el futuro inmediato.

dos de las especialidades que están llamadas a tener un mayor protagonismo si, como se ha dicho, se refuerzan los servicios de Atención Primaria y Comunitaria y las estructuras de salud pública. Estudios realizados recientemente sugieren que estas dos especialidades médicas son de las que peor pronóstico tienen a corto y medio plazo. Son especialidades con proyección deficitaria⁹.

Es evidente que las condiciones de los trabajos que se ofertan están detrás de los déficits en algunas especialidades: plazas poco atractivas en lugares remotos o alejados de grandes núcleos poblacionales y contratos temporales precarios explicarían las causas del problema, que no se solucionaría aumentando números, sino yendo a la raíz de aquellas causas fundamentales. Si queremos reforzar la atención primaria y las estructuras de salud pública, debería planificarse con tiempo y adoptar ya las medidas que sean necesarias para aumentar el personal en estas especialidades. En todo caso, si se pretenden reforzar y mejorar estas especialidades de cara a la mejora de la gestión de futuros rebrotes o pandemias, deberían analizarse estos datos y empezar a poner remedio, pues los resultados de cualquier política que se adopte no serán inmediatos. El instrumento adecuado serían los Planes de Ordenación de Recursos Humanos, que permiten a la Administración hacer una radiografía certera de lo que tiene, lo que necesita a corto plazo y lo que necesita a largo plazo.

También hay una palmaria escasez de personal en enfermería. Esta infradotación de personal es ya de por sí grave por las consecuencias que puede tener en los cuidados del paciente. Y es especialmente preocupante porque la enfermería comunitaria es la que puede realizar muchas de las acciones de prevención y promoción de la salud en la comunidad, contribuir a la reducción de las graves desigualdades sociales en salud y colaborar estrechamente con los servicios de epidemiología de salud pública para tener unos vigorosos sistemas de alerta y respuesta que permitan la detección y seguimiento de cualquier riesgo o amenaza sanitaria.

⁹ Así lo apunta el informe titulado *ESTIMACIÓN DE LA OFERTA Y DEMANDA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS. ESPAÑA 2018-2030*, publicado en 2019 y realizado por Patricia BARBER PÉREZ y Beatriz GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, que debería permitir orientar las políticas de personal en la Administración sanitaria. En estas áreas ya se prevé un desequilibrio moderado de personal en las especialidades de Medicina Preventiva y Salud Pública y en la especialidad de Medicina de Familia. Esto es, habrá un desequilibrio entre la oferta y demanda de médicos que supera un 10%. Mientras que la mayor parte de las especialidades aumentarán sus efectivos, es muy preocupante que lo reduzcan dos especialidades que deberían estar llamadas a desempeñar un papel fundamental. Según estas proyecciones, la Medicina preventiva y salud pública vería reducido sus porcentajes de una manera muy notable, en más del 27% y la Medicina Familiar y Comunitaria, en un 14%.

Según los estudios realizados en la OCDE, España tiene 5,7 enfermeras en ejercicio por cada 1000 habitantes, lo que la sitúa en el puesto 28 respecto de los 36 países analizados y contrasta notablemente con lo que ocurre en Noruega o Suecia, que tienen más de 17 enfermeras por cada 1000 habitantes. De ahí la necesidad de ir aumentando progresivamente estas ratios de enfermeras por habitantes y de planificar las necesidades de profesionales en Atención Primaria y Comunitaria, garantizando, en todo caso, que trabajen en condiciones de plena seguridad y sin precariedad.

4. Establecer Planes estratégicos de gestión del personal que permitan reforzar el modelo en momentos puntuales de máxima tensión del sistema asistencial.

La idea básica de estos instrumentos es la de permitir y facilitar la colaboración directa entre los distintos servicios autonómicos de salud para que la descentralización no acabe convirtiéndolos en compartimentos estancos que dificulten la asistencia al paciente. En momentos críticos en los que el sistema asistencial esté agotando sus recursos y los hospitales no tengan camas disponibles en las UCIs, respiradores o personal para atender a la sobrecarga del sistema, es preciso prever mecanismos que faciliten tanto el posible traslado de pacientes como el traslado del personal, su movilización. En la medida en que estos planes implicarían soluciones urgentes y medidas extraordinarias de respuesta y movilización del personal sanitario -a aquellos territorios y a aquellos centros donde sean necesarios-, deberían contar con el correspondiente marco jurídico de cobertura para evitar tener que recurrir a la situación extraordinaria de declaración de estado de alarma.

Estos planes deberían garantizar la mejor distribución en el territorio de todos los recursos humanos, de acuerdo con las necesidades que se pongan de manifiesto en la gestión de las correspondientes crisis sanitarias¹⁰.

Deberían permitir una mejor redistribución del personal entre centros o entre territorios; establecer temporalmente servicios extraordinarios por su duración o por su naturaleza; medidas extraordinarias, como, por ejemplo, el reingreso al servicio activo del personal en excedencia; la posible extensión de

¹⁰ Una medida similar es la prevista en el art. 39.1.e) de la *Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública*, aunque solo para el ámbito de la cooperación sanitaria internacional. Dentro de las acciones en materia de salud internacional prevé que el Ministerio pueda establecer y coordinar una red de profesionales sanitarios y equipos que estén en disposición de cooperación sanitaria inmediata, a fin de poder responder a emergencias sanitarias internacionales.

horarios y turnos de trabajo; el aumento de las contrataciones temporales, etc. El objetivo es que no se altere la continuidad del servicio público y tenga siempre capacidad de respuesta.

5. Realizar una importante función informativa y pedagógica por parte de los poderes públicos para recuperar la confianza de los ciudadanos y hacerles también más responsables de su salud.

Se trataría de concienciar a los ciudadanos de su responsabilidad en el control de la pandemia a través de las clásicas medidas de distanciamiento físico, uso de mascarillas y otras medidas de higiene sanitaria que ya conocemos. Habría que seguir insistiendo a través de las campañas publicitarias en que de su actitud depende, no solo su propia salud, sino también la de los demás. Asimismo, con estas políticas de “empoderamiento” de los ciudadanos se trataría también de prepararlos psicológicamente ante la posibilidad de que puedan producirse nuevos rebrotes o nuevas pandemias que puedan requerir nuevamente medidas drásticas de confinamiento y limitación de derechos fundamentales. Como se ha dicho, hay que proporcionar información veraz y actual a los ciudadanos, huyendo de alarmismos innecesarios y de planteamientos demagógicos.

En este sentido, es preciso recordar que el art. 8 de la Ley General de Salud Pública establece un deber de colaboración que obliga a los ciudadanos a facilitar el desarrollo de las actuaciones de salud pública y a abstenerse de realizar conductas que dificulten, impidan o falseen su ejecución. Su régimen sancionador tipifica como infracción la realización de conductas u omisiones que produzcan un riesgo o un daño grave o muy grave para la salud de la población (art. 57). Dada la vigencia del principio de legalidad y tipicidad en el ámbito sancionador, sería deseable que el legislador concretara y tipificara las infracciones que pueden cometerse en este ámbito en unos términos que impliquen mayor seguridad jurídica y con unas sanciones menos elevadas que las previstas en el art. 58 de esta ley, que podrían ascender hasta los 600.000 euros.

IV. OTRAS POSIBLES REFORMAS PARA CONSEGUIR UN SISTEMA NACIONAL DE SALUD MÁS EFICIENTE Y COHESIONADO

Además de estas medidas, que son las respuestas más inmediatas que los poderes públicos deberían dar para reaccionar ante nuevos rebrotes, podemos aprovechar la crisis pandémica de la COVID-19

que estamos padeciendo como una ocasión para reflexionar sobre las medidas que permitirían mejorar y fortalecer nuestro Sistema Nacional de Salud. Son varias las reflexiones que podrían hacerse para orientar la toma de decisiones políticas en esta materia.

1. La necesidad de contar con un Sistema de Vigilancia en Salud Pública robusto, que aporte alta capacidad de alerta y respuesta ante cualquier emergencia o crisis sanitaria

A pesar de que el art. 43 de nuestra Constitución encarga a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública a través de medidas preventivas y educación sanitaria (y la educación física y deporte), el derecho a la protección de la salud se ha venido interpretando tradicionalmente como un derecho a la asistencia sanitaria, como un derecho a recibir prestaciones sanitarias y cuidados sanitarios frente a la enfermedad. Así debe seguir siendo. Ahora bien, no se ha prestado tanta importancia a la otra faceta que menciona expresamente la propia Constitución, a la salud pública. Y ello a pesar de que la propia Ley General de Sanidad de 1986 proclama como un principio general del sistema sanitario su orientación prioritaria hacia la prevención y la promoción de la salud (art. 3). La actual crisis ha venido a situar la salud pública en la agenda política y social.

De hecho, tradicionalmente ha habido una clara desatención de la salud pública y a la prevención por parte de los poderes públicos. Buena prueba de ello son los escasos recursos presupuestarios que se dedican a la salud pública y que hasta el año 2011 no se desarrollara su marco legal. Nos referimos a la *Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública*. Han pasado ya casi diez años y la mayor parte de sus preceptos más novedosos ni siquiera se han desarrollado. Esta desatención se ve reflejada en el presupuesto y en los recursos que se destinan a la salud pública. Podemos hacernos una idea teniendo en cuenta la última *Estadística de Gasto Sanitario Público 2018*, que publicó el Ministerio de Sanidad en abril de 2020. El gasto sanitario público ha representado en 2018 el 5,9 del PIB. De estas cuantías, las principales partidas se gastan en la atención especializada (68,6%) y la farmacia. Sólo el 1,1% del gasto se destina a los servicios de salud pública y el 14,6 a los servicios primarios. Unos 799 millones de euros se destinan a la salud pública frente a casi los 44.000 millones de servicios hospitalarios y especializados. Curiosamente, con la crisis hemos vuelto la vista a estas dos estructuras, la de atención primaria y comunitaria y a las estructuras de salud pública, que son en las que menos se gasta.

2. Es necesario desarrollar reglamentariamente las previsiones y diseños organizativos previstos en la Ley General de Salud Pública. Algunos ejemplos

Disponemos ya de un adecuado marco normativo, especialmente en salud pública, que posiblemente solo requeriría de pequeños ajustes. Ahora bien, hace falta voluntad política para implementarlo y cumplirlo y, sobre todo, grandes dosis de lealtad institucional por parte de nuestras Administraciones públicas para actuar de forma coordinada y cohesionada. Algunas de las disfunciones que presenta nuestro actual modelo se han debido, no sólo a la falta de recursos económicos y de inversión en salud, sino también a la falta de iniciativa de los distintos Gobiernos para el ejercicio de su potestad reglamentaria.

El diseño institucional de los sistemas de salud pública posiblemente no sea el adecuado para la escala de una pandemia tan severa como la que estamos padeciendo y para el nivel de descentralización político-sanitaria que existe en nuestro país. La respuesta a la pandemia, que no entiende de fronteras entre territorios¹¹, requiere de cooperación de todos los agentes implicados, la coordinación entre ellos, la confianza mutua y la lealtad entre las instituciones existentes con competencias en la materia. Habría que explorar fórmulas organizativas para poner en común y aprovechar las capacidades e inteligencia en salud pública de todos los agentes implicados. En este sentido, podrían adoptarse varias medidas importantes:

A) La creación de lo que el art. 47 de la ley denominó “Centro Estatal de Salud Pública”.

Esta institución fue creada modestamente en la ley para realizar funciones de asesoramiento científico y técnico en materia de salud pública, a pesar de que en sus borradores iniciales estaba concebida como una potente agencia de salud pública. Estaría encargada de realizar también funciones de evaluación de intervenciones en salud pública, tanto en el ámbito del Estado como en el ámbito de las demás Administraciones Públicas. Sería, además,

el responsable de la realización de las funciones de seguimiento y evaluación de la Estrategia de Salud Pública y de coordinar las acciones desarrolladas por los centros nacionales de salud pública. Se trataría de crear un organismo potente, dotado de personalidad jurídica propia y encargado de la “inteligencia en salud pública”, que debería aunar y aprovechar en red todas las capacidades que existen en las Comunidades Autónomas.

Además de crearla, debería ser dotada de mayores capacidades, lo que exigiría la modificación del precepto. Debería estar configurada como una institución básica en salud pública. Sería la institución encargada de aunar la mejor capacidad técnica y evidencia científica sobre salud pública y, en consecuencia, también sobre las emergencias sanitarias, con capacidad para identificar riesgos potenciales para la salud, para evaluarlos y para proponer soluciones eficaces basadas en la ciencia y en la mejor técnica disponible.

Debería ser la entidad responsable de proporcionar información útil para la toma de decisiones políticas en materia de salud pública. De ahí la necesidad de dotarla de un régimen jurídico que permita resaltar su carácter fundamentalmente técnico y alejarlo de posibles injerencias políticas. En la doctrina se hablaba en aquel momento de su configuración como una Agencia Estatal encargada de aunar la mejor evidencia científica sobre salud pública y, en consecuencia, también sobre emergencias sanitarias. La institución debería permitir dar respuesta a los retos de la salud pública actual al disponer de la mejor inteligencia de salud pública de nuestra sociedad. La idea básica es que este organismo sirva al conjunto usando las capacidades de todos.

Posiblemente debería configurarse como una red de personas e instituciones asociadas o colaboradoras que aportaría ciencia y técnica a la salud pública, encargada de garantizar soluciones cooperativas entre todas las instituciones con competencias en este ámbito y en el que todas ellas se sintieran implicadas. Ello plantea problemas para encajarla en las figuras organizativas existentes en nuestro ordenamiento jurídico, lo que posiblemente exigiría realizar determinados ajustes respecto del escueto régimen legal previsto en el art. 47 de la Ley y ciertas labores de “ingeniería” en su diseño organizativo y su encaje en la Administración General del Estado.

Su creación y puesta en funcionamiento exigiría repensar el actual diseño organizativo para simplificarlo, clarificarlo y, sobre todo, para evitar duplicidad de órganos. Habría que reflexionar si su creación afectaría a otros centros y unidades ya existentes y el marco de relaciones entre ellos. Pensemos, por

11 Algunos expertos proponen como solución institucionalizar la cooperación en Europa a través de la transferencia de las competencias en materia de salud pública a una agencia europea. Se trataría de crear una Agencia de Salud Pública en Europa, como un organismo encargado de garantizar soluciones de políticas cooperativas en todos los Estados miembros. Si todos los países europeos hubieran implementado la misma respuesta política que alegó Alemania, Europa probablemente tendría muchas menos muertes. COSTA FONT, Joan, “Una Agencia Europea de Salud Pública para afrontar los efectos de males públicos globales”, *Boletín Informativo Economía y Salud*, nº 94, mayo 2020, Asociación de Economía de la Salud, disponible en: <http://www.aes.es/boletines/news.php?idB=35&idN=1513>

ejemplo, en el Centro Nacional de Epidemiología o en el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias. También habría que analizar con calma la forma y la naturaleza de la personalidad jurídica que debería adoptar, dentro del catálogo de figuras organizativas que prevé la actual Ley 40/2015 de régimen jurídico del sector público, teniendo en cuenta que el modelo de agencia ya no existe.

Posiblemente habría que hacer algunos ajustes normativos, toda vez que la actual Disposición adicional cuarta de la ley la concibe a partir de la reestructuración de las unidades existentes contempladas en el Real Decreto de desarrollo del Ministerio de Sanidad, pero sin recursos (no puede suponer un incremento de los créditos presupuestarios¹²). La experiencia nos demuestra que sin recursos económicos no se pueden hacer cosas.

B) El desarrollo reglamentario del art. 11 de la Ley General de Salud Pública para conseguir una mayor transparencia e imparcialidad en las actuaciones sanitarias y evitar conflictos de interés.

Este precepto es otro ejemplo de marcos jurídicos adecuados y de buenas ideas que se quedan simplemente en el texto de la ley. Además del importante cambio de cultura que ello requiere en la Administración y en la forma de hacer las cosas, exige nuevamente voluntad política y desarrollo reglamentario. La regulación es muy modesta, aunque supondría un importantísimo avance. Se limita a proclamar los principios generales de transparencia, publicidad e imparcialidad y remite a un reglamento para la regulación de los conflictos de interés. Aun así, no se ha cumplido.

Las Administraciones sanitarias están obligadas legalmente a realizar todas sus actuaciones de salud pública bajo los principios de transparencia y publicidad, como instrumentos que permiten garantizar la imparcialidad de las personas y organizaciones que se relacionen con ellas. La transparencia es, sin duda, el mejor instrumento para asegurar que los procesos de toma de decisiones son claros en todos sus términos. Sin embargo, no disponen todavía de los instrumentos necesarios para cumplir con esta obligación porque falta el correspondiente desarrollo reglamentario¹³.

Las Administraciones están obligadas a dar publicidad a la composición de los comités o grupos que evalúen acciones o realicen recomendaciones de salud pública, a los procedimientos de selección, a la declaración de intereses de los intervinientes, así como a los dictámenes y documentos relevantes, salvo las limitaciones previstas por la normativa vigente. Ahora bien, para ello debe elaborarse primero la norma que posibilite estas obligaciones de transparencia y prevea los requisitos para declaración de conflicto de intereses por parte de los expertos y representantes de las organizaciones científicas y profesionales que compongan los comités o grupos que evalúen acciones o realicen recomendaciones de salud pública.

Estas medidas son imprescindibles para asegurar que las actividades de tipo científico y el asesoramiento que requiere la Administración en materia de salud pública es realmente imparcial e independiente y no están sesgadas por otros intereses ajenos al interés general, a la salud de la población. Con ello se refuerza además la confianza de la población en la autoridad sanitaria y en sus recomendaciones de salud pública. Además, favorece el control de la Administración, no sólo de la legalidad de sus decisiones, sino también de su acierto y oportunidad.

En este sentido, y como rasgo de madurez del sistema, debería avanzarse todavía más, hacia la regulación de las llamadas “actuaciones de participación activa” en las políticas públicas para dotarlas del adecuado régimen jurídico. En principio, el diálogo que suele producirse entre los poderes públicos y los actores privados (*lobbies* o grupos de interés) para intentar influir en las políticas públicas, si se lleva a cabo en una forma íntegra y transparente, debería ser también una forma legítima de participación. En materia sanitaria queda mucho por hacer en este ámbito. Habría que crear nuevos marcos normativos para incrementar la seguridad jurídica, definiendo reglas éticas, estableciendo mecanismos de transparencia y sistemas de prevención de conflictos de intereses que eviten prácticas corruptas. Un punto necesario sería también la creación de registros de grupos de interés, que permitirían identificar a las personas que actúan para intentar influir en la toma de decisiones públicas, dando así a conocer las relaciones que tienen con la Administración¹⁴.

12 Según esta disposición, el Centro coordinaría su actividad con los centros nacionales de Epidemiología, Microbiología, Sanidad Ambiental, Medicina Tropical, Escuela Nacional de Sanidad y Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, y otras unidades, centros y organismos de titularidad estatal que tengan entre sus competencias el desarrollo de funciones en materia de salud pública en conexión con el desarrollo de actividades de investigación.

13 Según dispone dicho precepto, las Administraciones

sanitarias exigirán transparencia e imparcialidad a las organizaciones científicas y profesionales y a las personas expertas con quienes colaboren en las actuaciones de salud pública, incluidas las de formación e investigación, así como a las personas y organizaciones que reciban subvenciones o con las que celebren contratos, convenios, conciertos o cualquier clase de acuerdo.

14 Buen ejemplo de estas regulaciones es la *Ley catalana 19/2014, del 29 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno*, y el *Decreto 171/2015, de 28 de julio, sobre el Registro de grupos de interés de la*

C) Creación de la Red de Vigilancia en salud pública.

La vigilancia en salud pública es el conjunto de actividades destinadas a recoger, analizar, interpretar y difundir información relacionada con el estado de la salud de la población y los factores que la condicionan, con el objeto de fundamentar las actuaciones de salud pública. Sin embargo, no ha llegado a desarrollarse reglamentariamente.

Permitiría ir más allá de lo que es la vigilancia en las enfermedades meramente contagiosas, de las que se ocupa la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), que se gestiona desde el Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III y en coordinación con el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias¹⁵. Proporcionaría a la Administración información sobre los condicionantes sociales y las desigualdades que incidan en la salud de la población, riesgos ambientales, seguridad alimentaria, riesgos relacionados con la salud en el trabajo, con las enfermedades no transmisibles. Proporcionaría también información sobre las enfermedades transmisibles (incluyendo las zoonosis y las enfermedades emergentes), los problemas de salud relacionados con el tránsito internacional de viajeros y bienes, con las lesiones y la violencia y, en general, con cualesquiera otros problemas para la salud pública de los que se tenga constancia.

Su creación, a partir de la experiencia de la Red de vigilancia epidemiológica, permitiría enriquecer notablemente su contenido, enfocándolo también hacia los principales problemas de salud y sus determinantes.

Administración de la Generalidad y de su sector público. El registro permitiría dar publicidad de las actuaciones de los grupos de interés, especialmente de las reuniones mantenidas con cargos públicos, autoridades y empleados públicos y de las comunicaciones, los informes y otras contribuciones en relación con las materias tratadas. Define los grupos de interés como las personas físicas y las organizaciones que trabajan por cuenta propia y participan en la elaboración y la aplicación de las políticas públicas de la Administración en defensa de intereses de terceras personas u organizaciones.

15 El Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias es la unidad responsable de la elaboración y desarrollo de los planes de preparación y respuesta para hacer frente a las amenazas de salud pública. Depende de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Fue creado en el año 2004 (ORDEN SCO/564/2004, 27 de febrero) y es el que se encarga de coordinar la gestión de la información y de apoyar en la respuesta ante situaciones de alerta o emergencia sanitaria nacional o internacional que supongan una amenaza para la salud de la población. Para ello se creó el *Sistema Nacional de Alerta Precoz y Respuesta Rápida* (SIAPR)). Ejerce de Centro Nacional de Enlace con la OMS para el cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional 2005, así como de punto focal del Sistema de alerta precoz y respuesta de la Comisión Europea, Early Warning Response System (EWRS).

De hecho, la doctrina la ha considerado como el marco óptimo para el control de las enfermedades y la toma de decisiones basadas en la evidencia¹⁶. Como recoge la exposición de motivos de la Ley, su finalidad es «información para la acción». Es más, tiene valor por sí misma, incluso aunque no fuera acompañada de otro tipo de actuaciones (análisis de situación, definición de prioridades, evaluación de políticas, etc.), toda vez que la información que proporcionan puede contribuir a la planificación y a inspirar nuevas líneas de investigación.

En esta tarea deben compartir responsabilidades los distintos niveles de Administración territorial, la Administración General del Estado, las Comunidades Autónomas, las ciudades de Ceuta y Melilla y a la Administración local, correspondiendo su cohesión y calidad al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a través de la Comisión de Salud Pública.

La creación de la Red de Vigilancia en Salud Pública, pese a las buenas expectativas que creó, no llegó nunca a constituirse. Su creación aportaría mayor seguridad a la población. Permitiría coordinar los diferentes sistemas de vigilancia de cada una de estas Administraciones en su respectivo ámbito territorial y competencial, incluyendo el sistema de alerta precoz y respuesta rápida.

Este tipo de vigilancia requiere ineludiblemente estructuras adicionales de coordinación o un proceso de integración en unidades explícitas de vigilancia en salud pública. Se trataría de integrar en todo el Estado los sistemas de vigilancia en salud pública ya en marcha, promoviendo un desarrollo territorial armónico, sólido y coordinado, y dando prioridad a la eliminación de las brechas existentes entre comunidades autónomas¹⁷. Dado que ya existen interesantes experiencias autonómicas con la creación de estas redes de vigilancia en salud pública, se trataría de integrarlas en la Red nacional, dotando así a toda la información que generan de la correspondiente articulación y liderazgo nacional.

3. Repensando el papel del Ministerio de Sanidad y del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en un sistema sanitario políticamente descentralizado

La descentralización de la Sanidad, incluida la Salud Pública es sin duda positiva, pues permite una atención más próxima a las personas. Hoy nadie

16 NOGUERA, Isabel, ALONSO, Juan Pablo y otros, “Vigilancia en salud pública: una necesidad inaplazable”, *Gaceta Sanitaria*, 2017; 31-4. Seguimos a estos autores en este punto.

17 *Ibidem*.

duda de sus virtudes y del papel tan relevante que tienen las Comunidades Autónomas en la gestión de la asistencia sanitaria y de la salud pública. Ahora bien, también es cierto que la descentralización no puede convertirse en una dificultad añadida a la hora abordar situaciones excepcionales ni a la hora de garantizar la equidad y la cohesión del sistema. La gestión de una pandemia tan agresiva como la que estamos padeciendo, que no entiende de fronteras entre territorios, exige ser abordada coordinadamente, pero al nivel más alto posible, es decir, a nivel estatal.

La asunción de competencias por parte de las Comunidades Autónomas no significa que el Ministerio de Sanidad haya perdido importancia, simplemente que debe hacer otras cosas distintas, que ya no son la gestión de la asistencia sanitaria. Habrá que iniciar un proceso de reflexión para ver qué cosas son las que debe hacer y es imprescindible que haga y, además, habrá de dotarle de recursos económicos y de medios para hacerlo¹⁸. El Ministerio de Sanidad debería salir reforzado con la crisis. Debería asumir un mayor liderazgo en vigilancia en salud pública, en investigación en salud y en innovación estratégica y organizativa. A él le corresponde definir el interés público general y garantizar la igualdad y la cohesión del modelo en todo el territorio nacional, siendo conscientes de que ha de atender a la salud pública desde el criterio técnico y, al mismo tiempo, ponderar otros bienes e intereses también dignos de protección.

Su papel debería ser reforzado en la medida en que le corresponde la propuesta y ejecución de la política del Gobierno en materia de salud, de planificación y asistencia sanitaria, así como el ejercicio de las competencias de la Administración General del Estado para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud (Real Decreto 454/2020,

de 10 de marzo, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, y se modifica el Real Decreto 139/2020, de 28 de enero, por el que se establece la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales).

Además, el Ministerio de Sanidad tiene atribuidas importantísimas responsabilidades constitucionales en esta materia para la coordinación general de la sanidad y para la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales (puntos 1 y 16 del art. 149 de la Constitución). La coordinación debe ser entendida como la fijación de medios y de sistemas de relación que hagan posible la información recíproca, la homogeneidad técnica en determinados aspectos y la acción conjunta de las autoridades sanitarias estatales y autonómicas en el ejercicio de sus respectivas competencias, de tal modo que se logre la integración de actos parciales en la globalidad del sistema sanitario.

Al mismo tiempo, es necesario reflexionar también sobre las necesarias relaciones de cooperación y coordinación que deben existir entre el Ministerio de Sanidad y las correspondientes Consejerías o Departamentos de Salud de las Comunidades Autónomas. Salvo las noticias que tenemos por los medios de comunicación, no sabemos mucho más del papel que ha desarrollado el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) durante la crisis, aunque nos gustaría pensar que ha sido relevante.

El Consejo Interterritorial es el principal instrumento de configuración del Sistema Nacional de Salud. Su naturaleza jurídica es la de una Conferencia Sectorial. Está previsto en la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, que lo regula solo en sus aspectos más básicos y lo configura como órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los Servicios de Salud entre ellos y con la Administración del Estado. Tiene como finalidad promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud a través de la garantía efectiva y equitativa de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado. Según lo previsto en el art. 73 de la Ley de cohesión y calidad del SNS, los acuerdos se plasman a través meramente de recomendaciones que se aprueban, en su caso, por consenso. Los acuerdos de cooperación para llevar a cabo acciones sanitarias conjuntas, se formalizan mediante convenios del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Nuestro actual marco normativo permitiría afinar todavía más este marco de relaciones y actualizar

18 Si nos fijamos en el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria de abril de 2019 posiblemente podamos ver un buen catálogo de lo que deberían ser las funciones renovadas de un Ministerio fuerte: impulsar la propia elaboración del marco estratégico, trabajando en red con las Comunidades Autónomas y con todos los agentes implicados en esta materia; acometer los cambios normativos necesarios para definir y reforzar el rol, las atribuciones y responsabilidades de la atención primaria de salud como agente principal del paciente ante el Sistema Sanitario; actualizar la cartera de servicios de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud, poniendo especial énfasis en la equidad y los determinantes sociales, las actividades de promoción de la salud y la atención a la cronicidad y dependencia; acometer los cambios normativos necesarios para definir un nuevo ámbito de Atención Primaria y Comunitaria de Salud, partiendo de la actual composición de los Equipos de Atención Primaria y las Unidades de Apoyo, definiendo perfiles profesionales, sanitarios y no sanitarios, funciones y servicios que deben desarrollar, así como ratios aceptables y circuitos de coordinación; liderar la creación de protocolos para posibilitar el trabajo colaborativo con agentes de salud comunitarios (farmacéuticos, psicólogos, asistentes sociales, etc.).

la naturaleza de sus acuerdos para hacerlos incluso vinculantes, en coherencia con el nuevo marco de posibilidades de actuación que prevé el art. 151 la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

Este precepto permite que en el seno de una conferencia sectorial se puedan adoptar Acuerdos vinculantes para todas las Administraciones. Teniendo en cuenta que la Administración del Estado tienen asignada la función constitucional de coordinación del sistema sanitario y debe conseguir la coherencia entre las distintas políticas sanitarias, podría adoptar también Acuerdos de obligado cumplimiento tras la correspondiente votación. El acuerdo supone un compromiso de actuación en el ejercicio de las respectivas competencias. En principio, solo son de obligado cumplimiento y directamente exigibles de acuerdo con lo previsto en la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-administrativa, para las Comunidades Autónomas que hayan votado a favor del Acuerdo y no para quienes hayan votado en contra, salvo que decidan suscribirlos con posterioridad.

Ahora bien, cuando la Administración General del Estado ejerza funciones de coordinación, de acuerdo con el orden constitucional de distribución de competencias del ámbito material respectivo, tal como sucede en materia sanitaria, el Acuerdo que se adopte en la Conferencia Sectorial, y en el que se incluirán los votos particulares que se hayan formulado, será de obligado cumplimiento para todas las Administraciones Públicas, con independencia del sentido de su voto, siendo exigibles en la vía judicial¹⁹.

La posibilidad de hacer estos Acuerdos vinculantes existe, aunque requeriría la previa modificación de los artículos 71 y 73 de la Ley 16/2003, que solo prevé la elaboración de Recomendaciones por consenso. Ahora bien, otra cosa es que ello sea deseable e incluso viable, teniendo en cuenta la naturaleza de este órgano y que, en ocasiones, lo político no se puede solucionar desde el mundo jurídico, sino que precisa mayores dosis de lealtad, confianza y compromiso mutuo entre instituciones²⁰. En este sentido, salvo que así lo requiera la necesidad de adoptar soluciones

19 Por el contrario, la recomendación tiene como finalidad expresar la opinión de la Conferencia Sectorial sobre un asunto que se somete a su consulta. Los miembros de la Conferencia Sectorial se comprometen a orientar su actuación en esa materia de conformidad con lo previsto en la recomendación, salvo quienes hayan votado en contra mientras no decidan suscribirla con posterioridad. Si algún miembro se aparta de la recomendación, deberá motivarlo e incorporar dicha justificación en el correspondiente expediente.

20 Nos remitimos, por ejemplo, al calendario único de vacunación. CIERCO SEIRA, César, "Las vicisitudes del calendario único de vacunación", *Derecho y Salud*, vol. 29, nº extraordinario 2019, págs. 154-168.

urgentes en graves situaciones de emergencia, en una sociedad madura parecería razonable apurar primero todos los principios y mecanismos que prevé nuestro actual sistema normativo para garantizar una adecuada coordinación y cooperación entre todos ellos, siempre desde la buena fe, la confianza legítima y la lealtad recíproca entre las instituciones (art. 3 de la Ley 40/2015).

4. La conveniencia de adoptar un *Pacto por la Sanidad Pública* en el que se definan los rasgos más importantes del sistema

Se trataría de definir el núcleo esencial de lo que deben ser los rasgos configuradores del servicio público, buscando acuerdos y consenso en torno a ellos, con independencia de quién gobierne en cada momento concreto. Este núcleo mínimo permitiría sacar estas materias del enfrentamiento partidista. Obviamente, se permitirían importantes márgenes de libertad para hacerlo compatible después con el principio democrático y con el derecho a adoptar sus propias políticas sanitarias en cada Comunidad Autónoma. Como contenido mínimo de este pacto podrían incluirse varios elementos:

En primer lugar, la definición de los titulares del derecho. La universalidad de la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos debe ser una nota esencial del modelo. Una de las lecciones aprendidas que debemos extraer de esta traumática experiencia es que existe un vínculo esencial entre la salud individual y la colectiva. Por ello, resulta imprescindible que el sistema de protección integre a todas las personas que viven en el territorio, particularmente a las más vulnerables, sin discriminaciones y sin dejar a nadie atrás. Todavía no está solucionado el problema de los inmigrantes irregulares, a pesar de la publicación del *Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud* y de la proclamación teórica de la universalización del derecho. La norma plantea importantes lagunas y establece algunos requisitos formales tan rígidos que dificultan el reconocimiento del derecho.

La imposibilidad de tramitar la tarjeta sanitaria a las personas que no pueden demostrar que llevan más de 90 días en España les priva de la posibilidad de obtener sus tratamientos. Y, a su vez, priva al sistema de la capacidad para detectar contagios, de hacer el seguimiento y control de casos sospechosos. Habría que desarrollar la correspondiente norma reglamentaria para clarificar el requisito del período de carencia en España y flexibilizar la prueba de algunos de los demás requisitos administrativos, particularmente el referido a la no exportación

del derecho a la asistencia sanitaria desde el país de origen²¹.

En segundo lugar, debería definir los recursos presupuestarios mínimos que sean necesarios para garantizar el derecho a la protección de la salud y los valores esenciales en los que se fundamenta nuestro sistema y, en especial, la cohesión, equidad y calidad del servicio público sanitario. Habría que aumentar de forma progresiva y especialmente la dotación presupuestaria destinada a la salud pública y a la Atención Primaria y Comunitaria (hasta alcanzar el 25% del gasto público sanitario). En este sentido, habría que avanzar ampliando la financiación de iniciativas públicas de I+D que contribuyan a fortalecer la red pública estatal de investigación y el sistema público de salud, garantizando que la investigación en salud atienda a las necesidades de la población. La investigación pública debe ser un sector estratégico que incida transversalmente e inunde todas las políticas estatales, y particularmente la referida al sector sanitario y farmacéutico.

Por último, sería también conveniente incluir algunos consensos básicos y mínimos sobre la cartera de prestaciones, en términos no muy distintos a lo que sucede en la actualidad, garantizando, en todo caso, el derecho de acceso a los medicamentos, vacunas y diagnósticos, que deberían ser considerados un bien público, poniendo en marcha todas las iniciativas que sean necesarias para que así sea²². Llegado el caso, y como medida extraordinaria, no debería descartarse la posibilidad de tener que recurrir a las llamadas flexibilidades en el sistema de propiedad intelectual. La actual *Ley 24/2015, de 24 de julio, de patentes* recoge esta posibilidad (art. 66). En escenarios como el de la COVID-19, y si está en riesgo el acceso a vacunas o medicamentos, no es descartable que el Gobierno pudiera recurrir a la vía excepcional de la activación de las licencias obligatorias si se realizara una explotación de la patente de forma abusiva o contraria a la salud pública²³. Son

21 Frente a esta situación, tal como ha destacado REDER, algunas Comunidades Autónomas – como Aragón o Castilla y León entre otras – han optado por suspender temporalmente los requisitos exigidos en el RDL 7/2018 y otorgar tarjetas con carácter temporal a toda la población. Estas medidas, si bien constituyen un ejercicio de responsabilidad por parte de estas autonomías, no resuelven el problema de fondo por su carácter limitado en el tiempo y en el espacio.

22 Sería razonable revisar la política farmacéutica y, aunque se ha avanzado mucho, establecer procedimientos todavía más transparentes para la fijación de los precios. Los precios deberían sustentarse en el coste real de I+D, producción y distribución de cada uno de los productos, al que se añadiría un margen de beneficio justo y razonable, teniendo en cuenta también otros elementos como la inversión pública en cada producto, beneficios fiscales e incentivos. La inclusión de nuevos medicamentos no debería poner en jaque la financiación de todo el SNS.

23 La OMS ha realizado un llamamiento a la acción solidaria frente a la COVID-19 para la puesta en común de

remedios extremos y subsidiarios que no deberían descartarse si la salud pública, como interés general prevalente, así lo exigiera.

conocimientos, propiedad intelectual y datos. Se ha instado a los Estados a que adopten medidas para promover la innovación, eliminar obstáculos y facilitar el intercambio abierto de los conocimientos, la propiedad intelectual y los datos necesarios para la detección, prevención y tratamiento de la COVID-19 y la respuesta a dicha enfermedad, en particular mediante medidas legislativas y de política, y la colaboración internacional sobre prácticas de reglamentación, con el fin de garantizar la disponibilidad, la asequibilidad y el aseguramiento de la calidad de los productos en cuestión. Asimismo, Alienta para que todos los resultados de las investigaciones se publiquen con licencias abiertas que permitan el acceso gratuito a ellos, así como su uso, adaptación y redistribución por terceros sin restricciones o con restricciones limitadas, en particular a través de iniciativas como los principios FAIR: Buenas prácticas para la gestión y administración de datos científicos. También se insta a las empresas a conceder voluntariamente licencias no exclusivas y de ámbito mundial en relación con dichos derechos al Banco de Patentes de Medicamentos. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov/covid-19-technology-access-pool/solidarity-call-to-action>