

# UNA NUEVA LEY DE ORIENTACIÓN FEDERAL PARA LA SANIDAD ESPAÑOLA TRAS LA PANDEMIA

## Javier Rey del Castillo

Coordinador y portavoz de la Plataforma y redactor del informe

## Ramón Gálvez Zaloña

Médico especialista en Neurología. Coordinador de la Asociación para el Acceso Justo al Medicamento. Madrid.

## José Jesús Martín Martín

Catedrático de Economía Aplicada y profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.

## Luis Palomo Cobos

Médico de Atención Primaria. Editor de la revista Salud 2000. Cáceres.

## Carlos Ponte Mittelbrum

Médico Especialista en Cuidados Intensivos. Presidente de la Plataforma por la Salud y la Sanidad Pública de Asturias. Oviedo.

## Cayetano Rodríguez Escudero

Médico de Atención Primaria. Experto en Gestión Sanitaria. La Coruña.

## Pedro Sabando Suárez

Médico Especialista en Reumatología. ExSubsecretario de Sanidad, Senador y Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Madrid.

## Javier Sánchez-Caro

Abogado. Experto en Derecho Sanitario. Madrid.

## Juan Simó Miñana

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Editor del blog Salud, Dinero y Atención Primaria. Pamplona.

## Juan José Solozábal Echeverría

Catedrático emérito de Derecho Constitucional. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid.

## Antonio Sitges-Serra

Catedrático emérito de Cirugía. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona.

## Eduardo Spagnolo de la Torre

Médico Epidemiólogo. Experto en Gestión Sanitaria. Barcelona.

**PLATAFORMA POR EL GOBIERNO FEDERAL DE LA SANIDAD UNIVERSAL**



---

# UNA NUEVA LEY DE ORIENTACIÓN FEDERAL PARA LA SANIDAD ESPAÑOLA TRAS LA PANDEMIA

## Javier Rey del Castillo

Coordinador y portavoz de la Plataforma y redactor del informe

## Ramón Gálvez Zaloña

Médico especialista en Neurología. Coordinador de la Asociación para el Acceso Justo al Medicamento. Madrid.

## José Jesús Martín Martín

Catedrático de Economía Aplicada y profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.

## Luis Palomo Cobos

Médico de Atención Primaria. Editor de la revista Salud 2000. Cáceres.

## Carlos Ponte Mittelbrum

Médico Especialista en Cuidados Intensivos. Presidente de la Plataforma por la Salud y la Sanidad Pública de Asturias. Oviedo.

## Cayetano Rodríguez Escudero

Médico de Atención Primaria. Experto en Gestión Sanitaria. La Coruña.

## Pedro Sabando Suárez

Médico Especialista en Reumatología. ExSubsecretario de Sanidad, Senador y Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Madrid.

## Javier Sánchez-Caro

Abogado. Experto en Derecho Sanitario. Madrid.

## Juan Simó Miñana

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Editor del blog Salud, Dinero y Atención Primaria. Pamplona.

## Juan José Solozábal Echeverría

Catedrático emérito de Derecho Constitucional. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid.

## Antonio Sitges-Serra

Catedrático emérito de Cirugía. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona.

## Eduardo Spagnolo de la Torre

Médico Epidemiólogo. Experto en Gestión Sanitaria. Barcelona.



---

## ÍNDICE

RESUMEN	IX
PROPUESTAS	XXV
I. INTRODUCCIÓN	1
II. LA SITUACIÓN SANITARIA EN ESPAÑA PREVIA A LA PANDEMIA	3
III. UN EFECTO PARADÓJICO DE LA PANDEMIA: LA AFECTACIÓN INICIAL PRINCIPAL DE LOS PAÍSES MÁS DESARROLLADOS, ENTRE ELLOS ESPAÑA, Y SU EVOLUCIÓN POSTERIOR	7
IV. LAS MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS DE RESTRICCIÓN DE LA MOVILIDAD Y EL CONTACTO SOCIAL, LAS ÚNICAS POSIBLES AL INICIO DE LA PANDEMIA PARA CONTROLARLA	19
IV.1. Características de las medidas no farmacológicas para el control de la pandemia y condiciones de su aplicación.	19
IV.2. La aplicación de las medidas restrictivas de la movilidad y el contacto social en España y su importancia como determinantes de la evolución de la pandemia aquí	29
V. DÉFICITS ESTRUCTURALES Y DE GOBIERNO PUESTOS DE MANIFIESTO POR LA PANDEMIA EN EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL.	35
V.1. Deficiencias en el desarrollo y funcionamiento de los servicios de Salud Pública y vigilancia epidemiológica en el sistema sanitario español	36
V.2. Deficiencias en el diseño y en el funcionamiento de los	

---

sistemas de información disponibles en el SNS	40
V.3. LA RESPUESTA DE LA ASISTENCIA SANITARIA A LA PANDEMIA Y LOS DÉFICITS ESTRUCTURALES EN LA MISMA OBSERVADOS DURANTE ÉSTA	47
V.3.1. Los hospitales	47
V.3.2. La atención primaria	51
V.4. Los déficits en la gestión del personal en el SNS	55
V.4.1. Las políticas dirigidas al personal “estatutario” del SNS	55
V.4.2. Las políticas de formación de los gestores de los centros del SNS	59
V.4.3. Las políticas de “ordenación” de las profesiones sanitarias	60
V.5. Déficits específicos observados en el mantenimiento de las condiciones universales de la protección sanitaria durante la pandemia	63
V.5.1. El problema del mantenimiento de sistemas diferenciados de protección sanitaria a través de entidades privadas al margen del SNS para determinados colectivos.	63
V.5.2. La tendencia al desarrollo autárquico de cada servicio autonómico de salud	73
V.6. Problemas de abastecimientos de material sanitario del SNS	80
V.7. Los déficits del SNS en relación con la industria y los productos farmacéuticos	92
V.7.1. Situación y perspectivas de futuro de las políticas farmacéuticas en España después de la pandemia	92
V.7.2. Capacidad innovadora de la industria farmacéutica radicada en España	93
V.7.3. El desarrollo de productos no sometidos al sistema de patentes	95
V.7.4. El desarrollo de una central de compras del SNS y de una Agencia de evaluación	97
V.7.5. Desarrollo de una política de investigación biosanitaria en España	100
a) El papel central del Instituto Carlos III en la investigación biomédica básica	102
b) La realización de ensayos clínicos en el SNS	105

## ÍNDICE

---

V.8. La atención a la población anciana y su relación con los servicios sanitarios en España	108
VI. LAS BASES CONSTITUCIONALES Y EL DESARROLLO LEGISLATIVO DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL COMO ORIGEN DE LOS PROBLEMAS ESTRUCTURALES DEL MISMO PUESTOS DE MANIFIESTO POR LA PANDEMIA	113
VI.1. Bases constitucionales del sistema sanitario español	113
VI.2. Desarrollo legislativo posterior de la descentralización sanitaria y la organización del sistema sanitario español	114
VI.2.1. Predominio del proceso descentralizador sobre el de constitución del SNS	114
VI.2.2. Consideración económica prioritaria de los servicios sanitarios frente al valor de éstos como instrumento esencial de la universalidad y la igualdad de la protección sanitaria reconocida como derecho en el texto constitucional	116
VI.2.3. Efectos del desarrollo legislativo efectuado desde la Ley General de Sanidad.	119
VII. ASPECTOS POLÍTICOS DE LA RESPUESTA A LA PANDEMIA EN ESPAÑA	121
VII.1. Rebrote y recaída del interés político por la salud y la sanidad en España durante la pandemia	122
VII.2. La gobernanza del sistema sanitario, una tendencia más parecida a un desarrollo “confederal” que al desarrollo autonómico previsto en la constitución española	126
VII.3. La necesidad de una nueva ley de medidas extraordinarias en materia de salud pública	130
BIBLIOGRAFÍA	135





---

## RESUMEN

I. Como en otros países desarrollados, la crisis sanitaria generada por la epidemia provocada por el coronavirus 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 constituye 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 un interés distinto al de gobiernos anteriores por los asuntos sanitarios, ni en su programa de gobierno, ni en la consideración, compartida con gobiernos anteriores, de que la sanidad, que “*está transferida a las CCAA*”, es un asunto sólo propio de éstas.

II. Frente a la pandemia, España comparte con otros países del ámbito europeo, más Canadá y Estados Unidos, considerados como los mejor preparados por una Comisión Independiente de Monitorización de la Preparación frente al Riesgo Global de Emergencias Sanitarias según su informe en septiembre de 2019, una situación paradójica: todos ellos han sufrido un elevado número de contagios, pero sobre todo altos índices de mortalidad,

---

en especial durante la primera fase. Unos índices que superaron los de países menos desarrollados, con peores sistemas sanitarios, y mayor dificultad para el acceso a las tecnologías sanitarias más novedosas.

La situación ha vuelto a repetirse en los últimos meses, en los que los países europeos más desarrollados y los Estados Únicos se han vuelto a convertir, según la OMS, en el “epicentro de la pandemia”. Una situación en la que España, uno de los países en los que la vacunación está más avanzada, comenzó con niveles más bajos de contagios, que, sin embargo, están creciendo de manera exponencial cuando se redacta este informe, aunque sin una elevación paralela de los ingresos hospitalarios y en las UVIS, ni en la mortalidad. Una evolución que, en todo caso, exige una atención especial.

III. El primer factor que pueden justificar la situación paradójica descrita tiene relación con la forma de aplicación las medidas de aislamiento, restricción de la movilidad y el contacto social, combinadas con mecanismos efectivos de detección precoz de contactos, que, ante el desconocimiento del virus y la carencia de instrumentos específicos para prevenir y tratar la infección antes de que la vacuna estuviera disponible, eran las únicas posibles durante las primeras fases de la pandemia.

Con los países mencionados España comparte también la ausencia de políticas de “liquidación” de la pandemia coherentes. Tras una primera aplicación de las mismas, tardía pero más estricta que la de otros países durante el primer estado de alarma, España comparte también con ellos la utilización posterior repetida de políticas de “mitigación” parciales e incompletas, con diferencias territoriales importantes en su aplicación, que han facilitado hasta ahora seis nuevas olas epidémicas.

Por otra parte, al igual que ha ocurrido en otros países de organización federal o descentralizada, la aplicación de las políticas de restricción del contacto social, y no las medidas más estrictamente sanitarias, han protagonizado en España las diferencias políticas entre la Administración central y algunas autonómicas.

Conforme a los análisis realizados en España, pero también en otros países, el grado de polarización política existente ha sido, vía la pérdida de confianza de la población en las medidas restrictivas que adoptan los gobiernos y, en consecuencia, la reducción del seguimiento de las mismas, un contribuyente negativo importante a una gestión adecuada de la crisis pandémica, con resultados negativos en términos de extensión de la enfermedad e incluso de aumento de la mortalidad. Y, pese a los niveles de vacunación de que disponemos, probablemente en el factor más importante de una respuesta inadecuada a la evolución de la pandemia en todas sus fases.

IV. El segundo factor que puede contribuir a explicar la especial afectación inicial de los países más desarrollados, y en concreto de España, por la pandemia, es que ésta ha puesto de manifiesto problemas estructurales del sistema sanitario que han dificultado no sólo la respuesta a una situación excepcional, sino que vienen hipotecando desde hace años su funcionamiento ordinario. Entre ellos destacan los siguientes:

IV.1) En primer lugar, la ausencia de un sistema adecuado de salud pública y vigilancia epidemiológica, tanto a nivel de las CCAA como en su coordinación a nivel central, que está en relación directa con el retraso innegable que se produjo en la adopción de las medidas para acotar el desarrollo inicial de la epidemia; y a su vez este retraso con los niveles de mortalidad observados, en especial durante la primera ola pandémica. .

IV.2) Las carencias en los sistemas de información sanitaria general disponibles han impedido que se pudiera disponer de datos sobre personal sanitario, dotación de distinta clase de material preciso para abordar el tratamiento de diferentes 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.

IV.3) La pandemia ha puesto a prueba la fortaleza del sistema sanitario asistencial con resultados diversos.

---

En el caso de los hospitales, los cambios introducidos en la organización y el funcionamiento de muchos de ellos han evitado que se superase la capacidad asistencial del sistema, que era el riesgo principal que se temía al inicio de la pandemia. Queda por valorar si la respuesta ha sido similar en todos los centros y territorios, y si las diferencias que se hayan podido observar tienen alguna relación con las distintas formas organizativas y de relación del personal que caben hoy en día en el SNS.

La capacidad de adaptación ha resultado más limitada por parte de los centros de atención primaria, que, sin embargo, han sido sometidos a una presión añadida durante la pandemia. Esa limitación ha derivado sobre todo de 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, la derivación provisional de una parte de su personal a centros hospitalarios, o las carencias observadas en la dotación de personal de los mismos. Se trata de un nivel de atención esencial que, en todo caso, viene sufriendo de manera principal las consecuencias de la temporalidad en la contratación del personal, y la pérdida de motivación del mismo que se deriva de esas situaciones.

IV.4) En relación con las políticas de personal, la primera cuestión a tener en cuenta es que la base principal de cuantas respuestas adaptativas positivas en el sistema sanitario se han producido durante la pandemia ha sido en todo caso la capacitación profesional y el esfuerzo del personal sanitario. Un esfuerzo realizado pese a la reducción de las plantillas, la inaceptable e ilegítima situación de eventualidad de más de un tercio del personal sanitario en su conjunto, y las restricciones salariales, que han afectado al conjunto del SNS.

Frente a situaciones como la descrita, más allá de respuestas concretas a situaciones inmediatas durante y después de la pandemia, parece necesaria una reconsideración general de las políticas de personal sanitario en el conjunto del SNS que hagan posible combinar la equidad en el acceso a las plazas con políticas

retributivas incentivadoras, condiciones de estabilidad no asimétricas, y control del rendimiento, condiciones que no se dan en el sistema estatutario actual.

Otras políticas que han puesto de manifiesto sus carencias durante la pandemia han sido las relativas a la profesionalización del personal directivo en el SNS, que tienen relación con las respuestas diferentes que se han podido dar en centros distintos en la gestión de la pandemia, y las de relación entre las profesiones sanitarias, que deben igualmente someterse a revisión.

IV.5) Los déficits específicos observados en el mantenimiento de las condiciones universales de la protección sanitaria en España durante la pandemia han afectado a dos aspectos diferentes.

En primer lugar, el mantenimiento de sistemas diferenciados de protección sanitaria a través de entidades privadas al margen del SNS para determinados colectivos (MUFACE, MUGEJU e ISFAS) ha añadido dificultades para la adopción y el seguimiento de distintos tipos de medidas durante la pandemia. Entre ellas, la detección de casos y contactos y su seguimiento y control; el establecimiento de zonas territoriales de aislamiento; o la distribución de vacunas con criterios de prioridad comunes, cuando para la aplicación de cualquiera de esas medidas se toma como base la organización y el funcionamiento del propio SNS. Todo ello añade otro argumento más a los que se han venido aduciendo desde hace años para justificar la necesidad de prever sin más dilación la forma de llevar a cabo la plena integración de esos sistemas de protección en el SNS.

En segundo lugar, la pandemia ha puesto también de manifiesto la devaluación del ejercicio del derecho a la protección sanitaria para todos los ciudadanos españoles en la totalidad del territorio español prevista en el texto constitucional. Nunca se han llegado a establecer mecanismos de garantía, que sólo podrían ser desarrollados desde el Gobierno del Estado, para evitar los rechazos de pacientes, o la restricción de determinadas prestaciones a pacientes de unas CCAA por otras. Como consecuencia, distintas situaciones de esa naturaleza se han venido repitiendo

---

a lo largo de los años, y durante la pandemia se han producido también limitaciones al intercambio de material y de pacientes entre CCAA que habrían podido contribuir a paliar problemas diferenciales entre ellas en momentos puntuales de la crisis, en especial durante sus primeras fases.

IV.6) En España, como en otros países desarrollados comparables, se han observado también carencias importantes 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 sobre todo en las fases iniciales de la crisis, debidos en buena parte a la cesión de su producción a terceros países.

Aquí, esas carencias remiten además 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.

IV.7) La pandemia ha puesto también de manifiesto que la innovación en el terreno farmacéutico ha sido un elemento imprescindible para la solución de la crisis sanitaria actual, y muy probablemente lo será en el futuro para otras similares. El farmacéutico es también un ámbito de desarrollo industrial innovador preferente, además de inductor principal del crecimiento sanitario en la mayoría de los países desarrollados. Todo ello hace que este sector deba ser objeto de especial atención tras la pandemia.

En relación con estas cuestiones, las características de la industria farmacéutica española indican que su capacidad innovadora está mayoritaria, si no exclusivamente, en manos de los laboratorios extranjeros, en especial las corporaciones transnacionales que constituyen el llamado *Big Pharma*. Por esa razón, procedimientos como los de compra centralizada de vacunas puesto en marcha por la Comisión Europea, pueden servir mejor para garantizar en el futuro más inmediato el acceso del sistema sanitario español a los medicamentos innovadores, y obtener el mismo a

cambio de precios razonables.

Esas políticas dejarán, sin embargo, previsiblemente al margen la adquisición de los medicamentos no sometidos al sistema de patentes, cuyo abastecimiento debe tener en cuenta la situación del desarrollo en España de la industria farmacéutica propia productora de este tipo de productos. El apoyo a la producción propia de este tipo de medicamentos debe tener en cuenta las diferencias de intereses que existen entre las dos patronales del sector, una dominada por las empresas transnacionales, y la otra, que agrupa a los fabricantes de materias primas, genéricos y biosimilares.

Por su parte, el desarrollo de una Agencia de Evaluación de Medicamentos y otras tecnologías sanitarias, que ha sido objeto de una propuesta específica durante la pandemia por parte de un amplio grupo de sanitarios y economistas de la salud, debe resolverse teniendo en cuenta la existencia previa de 8 agencias de orientación similar, una central, y siete autonómicas, con escasos resultados efectivos, y la necesidad prioritaria de definir ante todo la relación de la misma, si se crease, con el Sistema Nacional de Salud.

A su vez, durante la pandemia han quedado también de manifiesto las potencialidades de una política de investigación que haga posible a medio plazo la innovación en materia de medicamentos en España. Su desarrollo requiere de la revisión de las estructuras de investigación sanitaria en nuestro país, tanto de las estructuras y políticas de investigación básica en centros públicos, ahora bajo la dirección principal del Instituto Carlos III, en la actualidad dependiente del M<sup>o</sup> de Ciencia e Innovación, como de la aplicada. Esta última consiste de manera preferente en la realización de ensayos clínicos en centros propios del SNS, bajo el control independiente de cada una de las Fundaciones de investigación de los hospitales de públicos, y el patrocinio directo de la industria farmacéutica. De su realización, siendo España el país europeo en el que más ensayos clínicos se realizan, no obtiene ningún beneficio como tal el conjunto del SNS.

---

IV.8) 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 debería asumir sobre la atención prestada en las mismas.

El modelo de atención residencial a las personas de mayor edad es común a muchas de las sociedades occidentales, y como tal debe ser puesto en cuestión en España, como lo está siendo en muchos de aquéllos. Las peculiaridades españolas respecto a ese modelo incluyen, sin embargo, de entrada 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.

Esas perspectivas de futuro no deben eximir en lo más inmediato de la demanda de responsabilidades a uno u otro nivel que se hubieran podido producir en las residencias, o en el propio sistema sanitario, si se hubieran adoptado en algunos casos decisiones organizadas y sistemáticas que hubieran supuesto impedir el acceso de pacientes de mayor edad al nivel adecuado de atención sanitaria. Una cuestión que está siendo sometida a análisis por algunos parlamentos autonómicos, con escasos resultados hasta la fecha.

V. La relación de problemas y déficits del sistema sanitario español que ha puesto de manifiesto la pandemia permite caracterizar todos ellos como de carácter estructural. De lo que se deriva que, más allá de las medidas más inmediatas que hayan debido adoptarse para afrontar el episodio pandémico, lo que se debe abordar con carácter prioritario son las reformas estructurales del sistema que permitan afrontar nuevos riesgos futuros en mejores condiciones.

Lo peculiar de la distribución de las responsabilidades sanitarias en la Constitución Española (CE) es que separó éstas en dos partes diferenciadas: las agrupadas bajo el concepto general de “salud pública” y las de la atención sanitaria, que en aquel momento se prestaba mayoritariamente por el sistema de Seguridad Social.



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) reunieron, a su vez, dos condiciones peculiares:

1) En primer lugar, el predominio 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 Ley General de Sanidad (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 en uno y otro terreno fueron distintos (el proceso de descentralización de la asistencia sanitaria no se completó hasta 2002). En todo caso, unos y otros hipotecaron el desarrollo posible de la estructura y el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, creado en la Ley 14/1986, que debía haber venido a definir las características del mismo, y que, por el contrario, se debió adaptar a la situación de los traspasos ya hecha. Unos y otros condicionaron además a su vez las actitudes tanto de la Administración General del Estado (AGE) como de las distintas administraciones autonómicas, en su desarrollo legal posterior a la Ley.

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.

Esa 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 algo menor del 2%, del presupuesto y el gasto sanitario global de cualquier país.

El mismo criterio de la importancia económica directa de la asistencia sanitaria, que supone un promedio de más del 37,5% del presupuesto y el gasto de cada CA una vez completado el proceso de transferencias a las mismas, es el que ha guiado el proceso y las formas de la descentralización de su gestión.

La consecuencia más inmediata de ese interés económico prioritario fue el interés puesto por todas las CCAA a medida que iban recibiendo el traspaso, la primera de ellas 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.

La 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 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 desarrollados de manera diferente, tanto en su dotación material como financiera, por las distintas CCAA. Esas diferencias constituyen una hipoteca añadida a las posibilidades de mantener las condiciones universales e igualitarias citadas.

3) Las regulaciones sanitarias desarrolladas hasta ahora siguiendo las líneas descritas han tenido efectos diversos congruentes con los déficits en la organización y el funcionamiento del SNS observados durante la pandemia :

— 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,

— Un desarrollo raquítico de los sistemas de información que, además de facilitar la gestión integrada del conjunto del sistema sanitario, deberían servir de base para la detección de las desigualdades citadas, y cuyas deficiencias se han puesto de manifiesto de manera especial durante la pandemia

— 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.

— 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 de la cesión de algunas de sus funciones esenciales (como el reconocimiento del derecho a la protección sanitaria; la gestión de una base de datos única de la población protegida que acredite el reconocimiento del derecho y la emisión de una tarjeta sanitaria universal; la garantía de la “portabilidad” del derecho entre distintas CCAA; 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.

— 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 una.

Esas situaciones caracterizan una situación global del sistema sanitario español más cercana a una organización confederal, que no tendría capacidad para garantizar las condiciones univer-

---

sales e igualitarias de la protección sanitaria que la Constitución Española previó.

VI. Desde la propuesta inicial de crear una comisión de evaluación que analizase con rigor la situación de la sanidad pública e hiciera un libro blanco del que se dedujeran las reformas necesarias para subsanar los problemas estructurales del sistema sanitario, se ha producido un claro deterioro en los objetivos de reforma sanitaria del propio Gobierno tras la pandemia.

Aquella propuesta, que parecía alinearse con los análisis de los déficits estructurales de nuestro sistema sanitario que ha puesto de manifiesto la pandemia y que se describen en este informe, fue pronto sustituida por una definición en junio de 2020 de los límites que debía respetar el Plan de Trabajo del Grupo sanitario de la Comisión de Reconstrucción constituida en el Congreso, cuyas propuestas han constituido la base formal del componente sanitario, el 18, del Plan de Recuperación presentado por el Gobierno. Límites que se fijaron en no poner en cuestión *“el reparto de competencias en dichas materias (las sanitarias) derivado de la Constitución y los Estatutos de Autonomía”*.

El círculo se cerró poco después, finalizado el primer estado de alarma, con el traslado completo de la responsabilidad de la gestión de la pandemia a las CCAA, con el argumento de que *“la sanidad es competencia de éstas”*. Se trata de una afirmación que no se ajusta a la distribución constitucional de competencias y, en consecuencia, no es cierta.

Basta con recurrir al texto constitucional para recordar que establece como competencia exclusiva del Estado el establecimiento de las *“bases y coordinación general de la sanidad”*, competencia esta última que no ha sido desarrollada adecuadamente. Esa competencia se trata de sustituir ahora por la participación y el acuerdo de las CCAA en la adopción de las decisiones y el mantenimiento de las condiciones generales del sistema sanitario que corresponde adoptar al Estado, actuaciones que se pretenden cubrir bajo el término de la *“cogobernanza”*.

Otras actuaciones del gobierno durante la pandemia han contribuido a reforzar la confusión sobre la organización y la distribución competencial de la sanidad. Así, la decisión de no someter a ningún control el uso por cada CA de los fondos adicionales distribuidos desde el Estado para afrontar el aumento del gasto sanitario provocado por la pandemia, cuyo importe total ascendió a 9.000 millones de euros. Liberadas de ese control externo, que no existe tampoco en la financiación ordinaria de la sanidad, la utilización de esos recursos complementarios por cada CA fue por completo discrecional.

Las consecuencias del traslado del criterio de la competencia absoluta de las CCAA sobre la sanidad a la realidad actual son de dos tipos:

— En primer lugar, hipotecan el carácter de las medidas sanitarias postpandemia que el propio Gobierno pretende adoptar, como las contenidas en el Plan de Recuperación.

— En segundo lugar, convierten el desarrollo de una nueva ley de sanidad como la que proponemos en la única vía posible para alcanzar los objetivos citados, por el contrario, en inútiles propuestas como la del Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, recientemente presentado por el Gobierno. El contenido del mismo reproduce la orientación y los objetivos limitados de lo que constituía el programa sanitario del Gobierno anterior a la pandemia y, a efectos de la reforma real del sistema sanitario, parece dejar de lado cualquier corrección de los déficits estructurales del mismo que se han puesto especialmente de manifiesto durante aquélla.

VII. Por su parte, el desarrollo de la “cogobernanza” se ha extendido de manera preferente a un terreno, el de la restricción de la movilidad y el contacto social, que puede llegar a suponer la restricción de derechos fundamentales, un ámbito que no se corresponde con la distribución constitucional de las competencias sanitarias.

---

Para adoptar ese tipo de medidas, el “derecho de crisis”, previsto en los artículos 55 y 116 de la Constitución Española, cuyo desarrollo dio lugar a la Ley orgánica 4/1981, de los estados de alarma, excepción y sitio, no se vincula a ningún título competencial específico, sino a la función constitucional del Gobierno de la Nación de dirigir la política del Estado, por lo que la adopción de las medidas previstas en el mismo no cabe delegarlas en las CCAA. Por su parte, la Ley orgánica 3/1986, de medidas especiales en materia de salud pública, promulgada a la vez que la Ley General de Sanidad, no prevé ni especifica la adopción de medidas que no se limiten a personas enfermas o en posible contacto con éstas, que puedan afectar con carácter general el ejercicio de derechos fundamentales.

Al primero se recurrió mediante la declaración de los estados de alarma. Sin embargo, el primero y el tercero de éstos fueron anulados por sentencias del Tribunal Constitucional, por razones que, aunque no compartidas por la mayoría de los juristas que las han analizado, hacen imposible recurrir a la declaración del estado de alarma si se presenta una nueva situación que exija suspender, siquiera de manera temporal, el ejercicio de derechos fundamentales en uno u otro ámbito territorial. Lo que obligaría a recurrir al estado de excepción, que tiene otras condiciones y plazos que no se ajustan a las características de las necesidades sanitarias de suspender de una u otra forma esos derechos en situaciones de crisis como la pandémica.

Por su parte, es cierto que las modificaciones introducidas en la Ley de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa permiten adoptar medidas que supongan limitaciones concretas y generalizadas de derechos fundamentales bajo el control de los Tribunales Superiores de Justicia, correspondiendo la labor de unificación al Tribunal Supremo. Son muchos, sin embargo, los juristas que consideran que esta previsión supone una extralimitación casi legislativa de la función jurisdiccional, que, además, podría potencialmente retardar la adopción de medidas homogéneas en todo el territorio del Estado, provocando además retrasos inadecuados y contradicciones difíciles de comprender por la población que

deba someterse a ellas.

La mejor solución de esa situación, que no debe mantenerse, pasa, pese al repetido criterio contrario del gobierno, y conforme al criterio mayoritario, si no unánime, de cuantos juristas se han pronunciado al respecto hasta ahora, por una nueva ley de medidas especiales o extraordinarias en materia de salud pública, con rango de ley orgánica, cuya iniciativa parece la mínima respuesta imprescindible a la repercusión que ha tenido la pandemia. La definición de las características que debe reunir la misma cuentan con el apoyo de pronunciamientos previos del Tribunal Supremo, y su desarrollo debería suponer una prioridad para el gobierno sanitario del país.

Una prioridad en todo caso complementaria de la necesidad de modificar mediante ley el gobierno ordinario del SNS, con el fin de reparar los déficits institucionales y organizativos que afectan al SNS, como consecuencia de los desarrollos legales del mismo llevados a cabo desde su constitución en la LGS.





---

## PROPUESTAS

1. Las observaciones anteriores nos llevan a proponer y demandar del Gobierno y los partidos políticos, una nueva Ley General de Sanidad como la vía más adecuada e insustituible para hacer efectivas las reformas que precisa el SNS.

2. Los análisis previos realizados nos permiten sugerir algunas características generales que debería reunir el nuevo texto legal que se propone.

2.1. En primer lugar, la posibilidad de introducir cambios mediante normas de rango legal en la forma en que se ha producido la distribución y el ejercicio de las competencias sanitarias tanto por la AGE como por las CCAA, sin necesidad para ello de introducir ninguna modificación de la Constitución, constituye una oportunidad peculiar específica del sector sanitario.

2.2. Puesto que el rango legal de las normas que se pretenden sustituir es el de una ley ordinaria, con una parte de sus disposiciones dotadas de carácter básico, la nueva norma debería tener las mismas condiciones. Algunos aspectos relacionados con la financiación del sistema sanitario podrían precisar del rango y las condiciones para su aprobación de una ley orgá-

---

nica.

Este rango será preciso en todo caso para la modificación complementaria de la Ley 3/1986, de medidas especiales en materia de salud pública, que se debe llevar a cabo de manera simultánea con el desarrollo de la nueva ley de sanidad que se propone.

2.3. La “orientación federal” que se propone para la nueva ley supone resaltar que ese carácter requiere recuperar el trabajo en común para la consecución y el mantenimiento de la protección sanitaria universal, incluida como derecho asociado a la ciudadanía en la Constitución Española. Y supone y exige también la participación tanto del Gobierno del Estado como la de las CCAA en el gobierno de la sanidad, cada uno en los papeles respectivos que la propia Constitución les atribuye.

La “orientación federal” de una nueva ley es la única vía posible de evitar la ruptura de hecho que se ha producido en la gestión del SNS, sustituida por 17 servicios de salud de funcionamiento casi independiente por completo, con una tendencia que se podría calificar de “confederal”. Es a la vez, como ha puesto de manifiesto la pandemia, la única forma de evitar las desigualdades en la protección sanitaria universal e igualitaria que la Constitución previó. Y podría servir además de avance y modelo de la evolución y perfeccionamiento federal del sistema autonómico en su conjunto.

2.4. En un gobierno “federal” de la sanidad, el ejercicio de sus propias competencias por el M<sup>o</sup> de Sanidad supone la capacidad de intervención directa del mismo en las actuaciones que se derivan de aquéllas, y no pueden ni deben ser sustituidas por la búsqueda de acuerdo con las CCAA para su aplicación. La ley debería definir de manera más precisa cuáles son y en qué áreas se deben producir y concretar esas actuaciones (entre ellas, en el mantenimiento y garantía de la igualdad en el ejercicio del derecho a la protección sanitaria universal; en el mantenimiento de los sistemas de información precisos para mantener la cohesión del sistema, con independencia de la

forma en que pudieran constituirse éstos; o en la constitución y el mantenimiento de los sistemas de salud pública y vigilancia epidemiológica).

De esa definición se debe deducir la organización y composición interna del propio Departamento sanitario, de cuyo deterioro personal y material, cuantitativo y cualitativo, y merma de competencias propias del mismo por la cesión de su gestión a otros departamentos ministeriales, hay amplias evidencias.

2.5. En el caso de las competencias en materia de Salud Pública, para ese desarrollo alternativo bastaría probablemente con desarrollar de manera específica más amplia las competencias propias de la AGE, que no han sido nunca desarrolladas ni ejecutadas de la manera adecuada por ninguno de los gobiernos del Estado habidos desde la aprobación de la Constitución española.

2.6. En el caso de las competencias sobre asistencia sanitaria, la alternativa podría pasar por una definición del SNS como una entidad única con personalidad jurídica propia, y no como la suma de unos servicios autonómicos de salud que en su mayoría ni siquiera existían cuando se promulgó la Ley General de Sanidad, que lo creó.

Esa forma de definición alternativa permitiría sustituir ese concepto “sumatorio” del SNS por un nuevo concepto del mismo como un sistema único, de cuya dirección formarían parte las CCAA. Cada una de éstas, a su vez, asumirían la gestión del mismo en su propio territorio, que es en realidad lo que se les cedió en el traspaso de esta competencia, pero dentro de unas pautas comunes de gobierno orientadas a la protección universal que eviten las diferencias en el desarrollo de los servicios que se han producido por parte de diferentes CCAA.

De esa forma de definición alternativa se podrían derivar además formas comunes de organización y gobierno de los centros y servicios propios del mismo que pueden responder de

---

forma más adecuada a los problemas de esa naturaleza que se han puesto de manifiesto en el gobierno de las instituciones del sistema, y en los que la variedad de opciones adoptadas legalmente por diferentes CCAA de manera independiente sobre la base de la Ley 15/1997, han contribuido a dificultar la gestión del conjunto del SNS.

Un SNS constituido de esa manera podría establecer además sistemas de información comunes propios, sistemas de compras de la misma naturaleza, un órgano de evaluación de tecnologías sanitarias al servicio del conjunto del sistema, y mecanismos de orientación y control comunes de la investigación que se lleva a cabo en sus instituciones; mecanismos todos ellos cuyas deficiencias actuales han quedado claramente de manifiesto durante la pandemia.

2.7. La “federalización” del sistema sanitario, tanto en su vertiente de Salud Pública como de asistencia sanitaria, debería también facilitar el desarrollo de nuevas políticas de personal comunes, que eviten las carencias puestas de manifiesto en uno y otro terreno: en el de la Salud pública, por la ausencia de profesionales cualificados de manera homogénea para el desarrollo de las funciones propias en este campo; lo que podría subsanarse mediante la creación de “cuerpos nacionales” de profesionales que pudieran desempeñar sus funciones en cualquier CA en el marco de una estructura común homogénea.

Por su parte, en el campo de la asistencia sanitaria es preciso un replanteamiento común del Estatuto marco del personal 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 de que dispone en la actualidad el SNS.

Y también regular de manera nueva en el conjunto del SNS

mediante la utilización de medios propios, como la Escuela Nacional de Sanidad y/o las que existen en algunas CCAA, 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, cedidos de manera inadecuada a la iniciativa privada, que tiene una cultura distinta respecto a los criterios de gestión de los servicios públicos.

2.8. Por último, cabe también destacar que un nuevo diseño estructural de la Sanidad española en su doble vertiente de Salud Pública y asistencia sanitaria mediante una nueva ley que lleve a cabo un desarrollo diferente de la distribución de las competencias sanitarias es una condición indispensable para el desarrollo efectivo de la digitalización de los sistemas de información y gestión que precisa la sanidad española, que pueden ser objeto de inversión prioritaria con los fondos europeos vinculados al Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia.

Sin esa nueva base legal que facilite un ejercicio diferente de las competencias sanitarias, lo previsible es que cualquier proceso de esa naturaleza que se intente quede sometido a las mismas contradicciones y limitaciones, de carácter no técnico sino político, que sufrieron procesos anteriores, como los que han afectado al desarrollo de la historia clínica única, una tarjeta sanitaria universal, o los sistemas de información en general.



---

## I. INTRODUCCIÓN

La crisis sanitaria generada por la pandemia provocada por el covid19, un virus desconocido hasta enero de 2020, se ha convertido desde entonces en la amenaza y el “test de stress” más importante para los sistemas sanitarios de todo el mundo.

Su importancia sanitaria se puede valorar en términos cuantitativos por el número de contagios producido, que, casi dos años después de la declaración como pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS), supera ya los 250 millones de personas en el conjunto del planeta; o por la mortalidad directa causada por el virus, que superó en octubre de 2021 los 5 millones de fallecidos registrados por su causa en todo el mundo(1; 2), una cifra esta última que probablemente supone una subestimación de las muertes reales causadas por la misma infección (3). A estas cifras cabe añadirles el aumento de la mortalidad provocada de manera indirecta por otras enfermedades asociadas, o por el déficit de atención prestada al diagnóstico y tratamiento de otros procesos patológicos, como consecuencia de la sobrecarga de los servicios provocada por la pandemia.

Sin embargo, los efectos de ésta no se reducen al ámbito sanitario. Por el contrario, la extensión de la crisis sanitaria se ha

traducido en una profunda crisis económica, que ha provocado el deterioro de buena parte de las economías más importantes del mundo. Un deterioro acompañado a su vez de una crisis paralela de carácter social, que ha agudizado aún más las desigualdades de una y otra naturaleza que ya existían previamente entre y dentro de la mayoría de los países del mundo.

Esta mezcla entre un origen sanitario manifiesto y unos efectos económicos y sociales globales igualmente innegables ha dado lugar a algunas situaciones que resultan novedosas respecto a las que se daban antes del inicio de la crisis que, a su vez, van a obligar a introducir cambios importantes en todas partes en el gobierno de la sanidad, pero también en el de la economía en general. Y a hacerlo no sólo a nivel de cada país, sino también a nivel global, si se quiere evitar que situaciones de crisis semejantes se puedan repetir en un futuro más o menos próximo con la intensidad de la afectación que ha provocado la crisis actual.

Por otra parte, la intensidad de los efectos de la pandemia en uno y otro sentido ha sido muy diferente de unos a otros países. Esas diferencias tienen que ver con la afectación por la pandemia que ha sufrido cada uno, pero también con la situación previa de la organización y el desarrollo de sus servicios sanitarios y, como consecuencia de ello, con la respuesta a la propia pandemia que esos servicios fueron capaces de dar a ésta, en especial durante sus primeras fases.



---

## II. LA SITUACIÓN SANITARIA EN ESPAÑA PREVIA A LA PANDEMIA

Como en otros países, la crisis sanitaria generada por la epidemia provocada por el coronavirus constituye el “test de estrés” real más importante al que se ha visto sometido el Sistema Nacional de Salud, un sistema que se creó en 1986, mediante la Ley General de Sanidad, ocho años después de la restauración de la democracia en España.

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, supone 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 lo sanitario por parte del Gobierno quedó reflejada en el evidente desprecio por parte de los dos partidos que lo forman por ocupar la cartera sanitaria cuando el propio gobierno se constituyó; un desprecio

que tuvo manifestaciones tan expresas como las habidas durante el anterior intento fallido de formar gobierno tras las elecciones previas (4). Pero que también se reflejón las limitaciones de las propuestas sanitarias más importantes incluídas en el programa del gobierno de coalición. Entre ellas se encontraban las siguientes (5):

— La recuperación de la “universalización” del derecho a la atención sanitaria, que 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, que 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 todos ellos, y no sólo la del SNS español.

— El objetivo de aumentar el gasto público sanitario al 7% del PIB, que 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, que 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, que 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.

Ese desinterés por lo sanitario anterior a la crisis pandémica contrasta vivamente con el súbito interés por la situación y el funcionamiento del sistema sanitario que provocó inicialmente el desarrollo de la misma. Con los gobiernos anteriores, lo mismo que con la mayoría de los partidos que conforman el panorama político español, los dos que forman el gobierno actual parecían compartir cuando constituyeron el mismo 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 sistemas sanitarios del mundo*”, en todo caso ajeno en su gestión al propio Gobierno de la nación. Esta última afirmación es una valoración carente de eficacia para afrontar los problemas que afectan a nuestro sistema sanitario, que, sin embargo, servía sobre todo para evitar el debate sobre esos mismos 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 respuesta, cuando la pandemia está camino de finalizar o, al menos, de ser sometida a control.



---

### **III. UN EFECTO PARADÓJICO DE LA PANDEMIA: LA AFECTACIÓN INICIAL PRINCIPAL DE LOS PAÍSES MÁS DESARROLLADOS, ENTRE ELLOS ESPAÑA, Y SU EVOLUCIÓN POSTERIOR**

Frente a la pandemia, España comparte una situación peculiar con otros países desarrollados, fundamentalmente del ámbito europeo, más Canadá y Estados Unidos, que disponen de los sistemas y las tecnologías sanitarias más desarrolladas.

En función de esas características, esos países habían sido considerados los mejor preparados para afrontar una situación como ésta por una Comisión Independiente de Monitorización de la Preparación frente al Riesgo Global de Emergencias Sanitarias, que había emitido un informe en septiembre de 2019 (6). La propia constitución de esa Comisión es una buena expresión de la preocupación y las numerosas advertencias que se habían producido previamente en el ámbito de la Salud Pública y el mundo científico de los países desarrollados sobre la posibilidad y probabilidad de una epidemia causada por una enfermedad infecciosa que tuviese una extensión sanitaria como la actual (7). Al informe citado le siguió poco más de un mes después la publicación de un Índice de Seguridad Sanitaria Global por la misma Comisión.

Éste, con la utilización de diferentes indicadores y hasta un total de 140 cuestiones, valoraba la preparación de 195 países frente a la posibilidad de una pandemia de características semejantes a la actual (8).

El índice, sirvió para poner en evidencia las debilidades de muchos países para afrontar una pandemia. Pero en lo que resultó por completo fallido fue en anticipar los peores resultados al afrontar la pandemia de los países occidentales más ricos, que en la valoración del índice habían obtenido con ese índice las mejores valoraciones.

En sentido contrario a ellas, todos esos países sufrieron una importante afectación por la pandemia, traducida en un elevado número de contagios, pero sobre todo en altos índices de mortalidad, en especial durante sus primeras fases, unos índices que superaron inesperadamente los de países de menor nivel de desarrollo (9). Durante esas fases, cuando no existían vacunas ni tratamientos específicos disponibles, las tasas de mortalidad de países desarrollados como Italia, Bélgica, los Estados Unidos, el Reino Unido, o nuestro propio país, se encontraron entre las peores del mundo. Por el contrario, la tasa de mortalidad por covid de un país como la India, con 1.300 millones de habitantes y pobres infraestructuras sanitarias, fue durante la primera fase de la pandemia apenas una décima parte de la observada en los Estados Unidos. Por su parte, Nigeria, con una población de alrededor de 200 millones de personas, mantuvo una tasa de mortalidad por covid más de cien veces más baja que la norteamericana.

En otros trabajos (10) se describieron tres patrones regionales diferentes de afectación por la pandemia, concordantes con la descripción anterior: en Europa, y en los países del continente americano, tanto del Norte como del Centro y el Sur, se produjeron sin ninguna excepción altas tasas de contagios, y niveles muy altos de tasas de mortalidad. Por su parte, en los países del África subsahariana, con la excepción de Sudáfrica, y en los países asiáticos del sur (la India y países próximos a ésta) se observaron altos niveles de contagio y extensión personal de la pandemia, acom-

pañados de bajos niveles de mortalidad. Y en los países del Este y Sudeste asiático y Oceanía, bajos niveles de contagio e incidencia de la pandemia, con niveles de mortalidad más bajos aún.

El patrón correspondiente a la zona europea durante ese primer período de la pandemia, que se extiende al plazo, hasta los primeros meses de 2021, durante los que no estuvo disponible ninguna vacuna para su aplicación a grandes grupos de población, resulta por completo aplicable a España.

Una característica añadida de ese patrón es que los índices y excesos de mortalidad registrados durante los primeros momentos de ese período que caracterizaron a los países europeos, en especial durante la primera oleada pandémica, alcanzaron niveles muy elevados, que los situaron a la cabeza de esos indicadores en esos plazos. Tan elevados que permitieron que esos países siguieran ocupando lugares destacados en la comparación entre países mediante indicadores acumulados incluso cuando, en los meses siguientes, otros países de zonas hasta entonces menos afectadas por la pandemia (y en los que, por otra parte, no se pusieron en marcha campañas de vacunación contra el covid tan intensas y amplias como las desarrolladas en la mayoría de los países europeos) comenzaron a presentar brotes epidémicos más intensos y la elevación de sus tasas y exceso de mortalidad por el covid.

Así, España, que, como se puede ver en las gráficas siguientes<sup>1</sup>, durante la primera oleada pandémica, en marzo-abril de 2020, se había llegado a situar a la cabeza del exceso de mortalidad y del número de muertes diarias por millón de habitantes confirmadas por el covid entre los países occidentales (12), seguía siendo a primeros de Junio de 2021 el 11º país en el mundo por incidencia acumulada de contagios, y el 5º de Europa por el mismo concepto, por detrás del Reino Unido, Francia, Italia y Alemania. Esosuponía a 7 de junio de 2021 un total de casi 4 millones de contagios comprobados, una cifra que se acercaba a los cinco millones a final de septiembre (13). En las mismas fechas, España

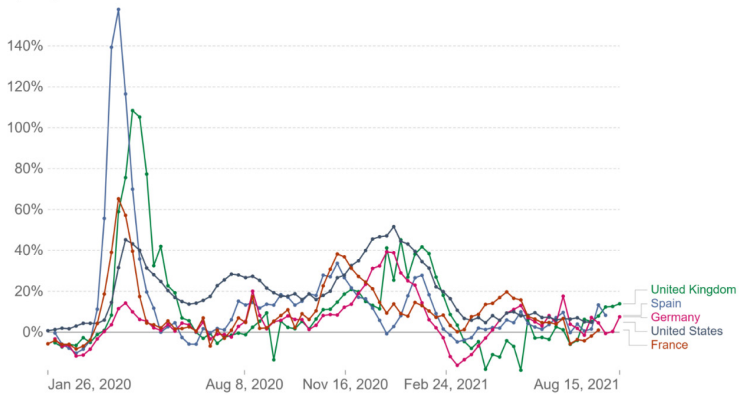
1 Elaboradas a partir de los datos de OurWorld in Data, una base de datos de la Universidad John's Hopkins que tiene un apartado específico dedicado al seguimiento de la pandemia (11).

### CAPÍTULO III

ocupaba asimismo el 14º lugar en el mundo por número total de fallecidos por covid, con una cifra superior a los 80.000 (14), siendo el 5º entre los países europeos occidentales, por detrás de los cuatro países citados. Y, con una tasa de 1,704, el 20º país del mundo en número de muertos por millón de habitantes entre los países que superaban el millar de casos comprobados (15).

#### Excess mortality: deaths from all causes compared to previous years

Shown is how the number of weekly or monthly deaths in 2020–2021 differs as a percentage from the average number of deaths in the same period over the years 2015–2019. This metric is called the P-score. The reported number of deaths might not count all deaths that occurred due to incomplete coverage and delays in death reporting.



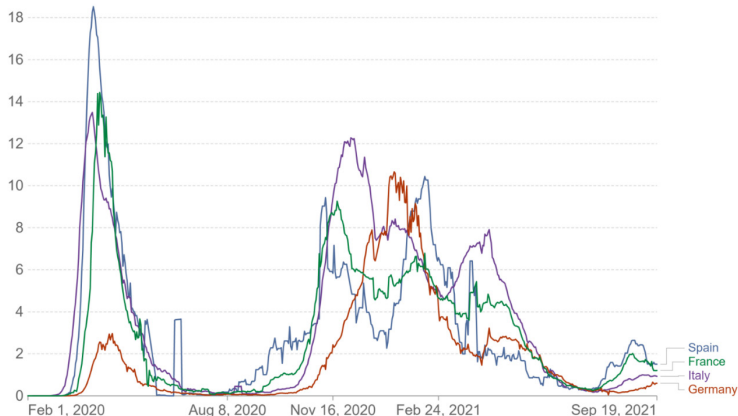
Source: Human Mortality Database (2021) and World Mortality Dataset (2021)

CC BY



### Daily new confirmed COVID-19 deaths per million people

Shown is the rolling 7-day average. Limited testing and challenges in the attribution of the cause of death means that the number of confirmed deaths may not be an accurate count of the true number of deaths from COVID-19.



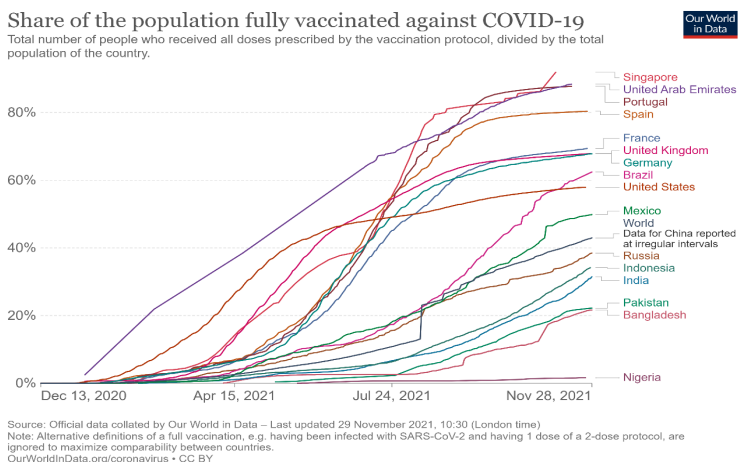
Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data

CC BY

La evolución posterior, incluso después de que pudiera hacerse efectiva la vacunación de grandes grupos de población en los países más desarrollados, no ha corregido todavía por completo esa situación de los países europeos y, en concreto de España.

Por el contrario, a la misma se le ha venido a añadir en los últimos meses una nueva situación paradójica. Durante ellos, y superados por algunos países en desarrollo, como la India (16), los brotes epidémicos más severos sufridos durante laprimavera-verano del presente año (17; 18), han sido los países europeos los que ha recuperado una mayor incidencia de nuevos casos (19; 20), relacionados en buena parte con la variante Delta del virus, que ha vuelto a producir en algunos de aquéllos una elevación del número de ingresos en hospitales y en la UCIs, recuperando cifras de fallecimientos por el virus que no se veían en esos países desde hace un año. De esta situación parecía escapar cuando se redactaban inicialmente estas líneas España, que, como se puede observar en la gráfica siguiente, ocupa con Portugal uno de los primeros lugares de tasa de vacunación del mundo, y en el que

la incidencia del número de contagios diarios e ingresos se había elevado de manera mucho más reducida hasta entonces (21); lo que provocó que por algunos observadores se considerase que nuestro país podría estar cerca de alcanzar la “inmunidad de rebaño” (22)<sup>2</sup>.



Es cierto que buena parte de esos nuevos casos se concentran en todos los países más desarrollados en personas no vacunadas, sea por las limitaciones de las políticas de vacunación de determinados países, o por la negativa a vacunarse de grupos de población por razones diversas, una situación que varía también de manera importante de unos a otros (24). Pero a la vez, se ha empezado a observar el contagio y la transmisión del virus por personas incluso con pautas de vacunación completas, que, pese a ello,

2 Esta situación ha cambiado rápidamente durante el mes de diciembre. La extensión de la variante Ómicrón, a la que se hace referencia a continuación, ha dado lugar a una rápida elevación del número de contagios, no acompañada, sin embargo de una elevación paralela del número de ingresos en hospitales ni en la UVI. Lo más llamativo de esta nueva ola pandémica e nuestro país es, además de las características de la misma citadas, cuyo sentido respecto a la evolución posterior de la pandemia está por definir (23), las dificultades habidas para la adopción común por todas las CCAA de medidas no farmacológicas para lograr su control, puestas de manifiesto en la reunión de la Conferencia de Presidentes del 22 de diciembre.

parecen verse afectadas mayoritariamente por manifestaciones clínicas más leves de la enfermedad (25; 26). Lo que se ha atribuido a las limitaciones de la protección ofrecida por las pautas vacunales ofrecidas hasta ahora, y estimulado la extensión de dosis vacunales de recuerdo, al menos a los grupos de población de mayor riesgo, o incluso a toda la población; una actuación en la que se van avanzando decisiones políticas en distintos países pese a la ausencia de un acuerdo previo general de carácter científico-técnico sobre ella (27). Por otros observadores se ha llamado también la atención sobre el mayor desarrollo de esa nueva situación de crisis en aquellos países que redujeron antes las medidas de restricción del contacto social, que ahora parecen un complemento indispensable a las políticas de vacunación para lograr el control de la pandemia en estos países en esta fase.

A la vez que eso ocurre en los países más desarrollados, el problema principal para controlar de manera global la pandemia parece ahora, sin embargo, hacer efectiva la vacunación de la población de los países menos desarrollados. Más aún cuando se ha confirmado que las bajas tasas de vacunación de estos últimos propician la aparición en ellos de nuevas variantes del virus (28). Así, acaba de aparecer en Sudáfrica una nueva variante, bautizada como Ómicron, cuyas características de contagiosidad, letalidad y resistencia a las vacunas están por definir cuando se escriben estas líneas (29; 30; 31; 32). Lo que no ha impedido que, de manera inmediata a la aparición de esa variante, se desencadenaran reacciones inmediatas mal coordinadas de distintos países (33) que, vía las restricciones a los intercambios comerciales y el transporte de personas desde Sudáfrica y otros países cercanos (34), pese a su probable inutilidad (30), porque las demoras en los procesos de detección de las variantes del virus hagan inútil el intento de controlar la difusión de las mismas que haya tenido ya lugar (35; 36), multipliquen los efectos económicos de esas medidas, poniendo en peligro la recuperación económica que empezaba a atisbarse. El carácter inicial excesivo de las medidas adoptadas, que provocó una caída importante de las bolsas de todo el mundo en los días siguientes, requirió para su corrección de

la intervención, entre otros, del presidente norteamericano (37), calificando la aparición de la nueva variante “*como un motivo de preocupación, pero no de pánico*”, y llamando a adoptar actuaciones “*rápidas con base científica sólida, pero no guiadas por el caos y la confusión*”.

En esta situación, la solución de la pandemia a nivel global, o al menos su control, no parece que pueda pasar por una vía distinta a la de hacer posible y efectiva la vacunación de toda la población a nivel mundial, con intervenciones específicas dirigidas a lograr la de la población de los países menos desarrollados. Un fin a cuyos efectos no han sido efectivas las medidas promovidas hasta ahora por mecanismos como la alianza COVAX (por las siglas en inglés de *COVID-19 Vaccines Global Access*), constituida por la OMS, GAVI (la Alianza Mundial para las Vacunas y la Inmunización, que además de la propia OMS apoyaba la Fundación Bill y Melinda Gates), y la Coalición para las Innovaciones en Preparación de Epidemias (CEPI), lanzada públicamente en abril de 2020 por la OMS, la Comisión Europea y el Gobierno de Francia (38).

A la Alianza, que no era la única alternativa posible ni siquiera en el ámbito de la OMS<sup>3</sup>, ni entre las que incluían como premi-

---

3 En mayo de 2020 Costa Rica y la OMS habían puesto en marcha un mecanismo para favorecer el acceso universal a las vacunas, al que se dio el nombre de C-TAP (por las siglas inglesas de Acceso Mancomunado a la Tecnología con la COVID-19) (39), basado en la experiencia previa del Banco de Patentes de Medicamentos (**Medicines Patent Pool, MPP en inglés**)(40). Este último es una organización respaldada por Naciones Unidas, que lleva una década trabajando para aumentar el acceso y facilitar el desarrollo de medicamentos para países pobres gracias a un mecanismo de licencias voluntarias. C-TAP buscaba promover un modelo de ciencia abierta, en el que la concesión de licencias se produciría de forma no exclusiva y transparente para aprovechar la mayor capacidad de fabricación posible. La idea era que esta plataforma permitiera la puesta en común de propiedad intelectual, conocimientos y datos complementarios para que los fabricantes cualificados de todo el mundo pudieran producir equipos, fármacos o vacunas sin temor a ser demandados por infringir las patentes. Unos 40 países avalaron públicamente en aquel momento la iniciativa, pocos de ellos europeos (solo Portugal, Bélgica, Holanda y Luxemburgo). Por el contrario, ninguna empresa fabricante de las principales vacunas se ha comprometido hasta ahora con el mecanismo citado.

sa para su desarrollo el mantenimiento del sistema de patentes de las vacunas, defendido a ultranza por los laboratorios farmacéuticos en el ámbito de la Organización Mundial de Comercio, se adhirieron más de 140 países, distribuidos en dos grupos: los “autofinanciados” son países más ricos que contribuyen con sus aportaciones a sostener el proyecto, lo que les daba derecho a disponer de dosis de las vacunas que se contraten por la alianza hasta para el 50% de la población de cada uno. Aunque no podrían superar las dosis necesarias más que para el 20% hasta que este porcentaje no se haya alcanzado por todos los países, también los más pobres, que son la mayoría, y constituyen el otro grupo, el de los “financiados”, que, sin realizar aportaciones, se benefician sólo de las realizadas por los primeros.

Del primer grupo forman parte países como China, Brasil, Canadá o Méjico, y de entre los países europeos, Francia, Alemania, y España, pero la Unión Europea como tal no se pronunció formalmente sobre su apoyo. Tampoco lo hizo Rusia. Los Estados Unidos boicotearon la iniciativa durante lo que restaba de mandato del presidente Trump, mientras que el nuevo presidente Biden comprometió su adhesión a la alianza COVAX al poco de tomar posesión de su cargo, en enero de 2021.

La evolución de esta alianza se ha visto comprometida por factores diversos. El primero, la ausencia de cumplimiento de las aportaciones previstas por parte de la mayoría de los países ricos en los plazos prefijados: mientras que el 87% de los vacunados pertenecen a los países más ricos, la población vacunada en los países más pobres no alcanza al 0,87% de su población, con una distribución muy desigual (41), mientras que el número de vacunas que se pretendía hacer llegar a estos últimos a través de COVAX no alcanza siquiera al 20% del previsto(42). El segundo, porque, no existiendo ningún compromiso por parte de los países ricos de que su participación en la alianza fuera el único mecanismo de obtención de vacunas por parte de cada uno, todos ellos se lanzaron desde el principio a buscar mecanismos para obtener por cuenta propia dosis suficientes de vacunas, e incluso un exce-

so de ellas, para la totalidad de sus poblaciones respectivas<sup>4</sup> (43).

La solución global de estos problemas, que no admite, por otra parte demora en aras del interés común, pasa por medidas globales, cuya adopción escapa a las posibilidades de cualquier gobierno de manera individual, exige acuerdos amplios entre un número amplio de países y la modificación de las reglas de juego de estas cuestiones en las organizaciones internacionales, como la OMC (47), cuyas dificultades, mediadas ante todo por los intereses económicos de cada uno y, sobre todo, de las empresas farmacéuticas productoras de vacunas (48) ponen de manifiesto las referencias anteriores (49).

La necesidad de que los gobiernos de los distintos países se impliquen en la solución común de esos problemas no puede, sin embargo, servir de excusa a los de los países europeos, entre ellos el español, en atender a la vez los problemas de su propios sistemas sanitarios que han dado lugar a que se produjeran las situaciones paradójicas e inesperadas descritas. Situaciones que en España han afectado sobre todo hasta ahora a la difusión inicial y los efectos de la pandemia en sus primeras fases, durante las que se alcanzaron cifras muy altas de mortalidad, cuya importancia no puede subestimarse. Esto obliga a todos ellos a llevar a cabo un análisis profundo de las razones que han dado pie a que se produjesen las situaciones descritas, y a adoptar las medidas necesarias de reforma de sus sistemas sanitarios que eviten que se reproduzcan situaciones como éstas. Tales actuaciones deben tener el carácter prioritario que supone tratar de evitar que se vuelvan a producir nuevas situaciones similares, ante el riesgo, nada

---

4 Un tercer problema de otra naturaleza es que el fondo de la alianza comprometió sus compras de formas mayoritaria con Astra Zeneca, cuya vacuna, por razones varias que van desde el incumplimiento de los compromisos de suministro por parte de propio laboratorio, a algunos problemas no determinantes de ningún riesgo real de la vacuna (la aparición de trombos venosos en un número mínimo de casos), conforme a la evaluación realizada por la EMA y la FDA (44), pero sí ampliamente difundidos por los medios, ha sufrido el rechazo de su utilización por distintos grupos de población de muchos países (45). Un problema semejante, con la misma solución, se observó poco tiempo después con la vacuna de Johnson&Johnson-Janssen (46).

improbable si se tienen en cuenta los precedentes de los brotes generados por el SARS-1 en 2002 y el MERS diez años después, de que en un futuro próximo se pudieran producir nuevos episodios epidémicos producidos por virus distintos a partir de un origen semejante. Propuestas de ese carácter se han formulado ya en otros países, sea de manera individual (50), o por comisiones creadas al efecto en algunos de ellos (51). Al desarrollo de esos análisis en nuestro país se dedican los apartados siguientes.





---

## **IV. LAS MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS DE RESTRICCIÓN DE LA MOVILIDAD Y EL CONTACTO SOCIAL, LAS ÚNICAS POSIBLES AL INICIO DE LA PANDEMIA PARA CONTROLARLA**

A la búsqueda de razones que permitan comprender los altos niveles de incidencia y mortalidad descritos en los países más desarrollados, el primer factor a tener en cuenta es que durante las primeras fases de aquella, ante el desconocimiento del virus y la carencia de instrumentos específicos para prevenir y tratar la infección, las únicas medidas disponibles inicialmente para afrontarla eran las de aislamiento y restricción de la movilidad y el contacto social, combinadas con mecanismos efectivos de detección precoz de casos y contactos.

### **IV.1. CARACTERÍSTICAS DE LAS MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS PARA EL CONTROL DE LA PANDEMIA Y CONDICIONES DE SU APLICACIÓN.**

Estas medidas, sólo sanitarias en sentido estricto por ser sugeridas por desde este ámbito, pero con efectos secundarios sobre otros

muchos aspectos individuales y colectivos de la vida personal y social, incluyendo repercusiones potenciales sobre la restricción de los derechos personales recogidos en muchas constituciones democráticas, y sobre la actividad económica de cualquier lugar o país en el que se apliquen, no tiene un carácter homogéneo, ni dispone de una única forma de aplicación, pudiendo combinarse entre ellas de distintas maneras. Todas esas medidas (que pueden ir desde la cancelación de eventos públicos; el cierre de colegios; la limitación del número de personas en reuniones; los cierres de actividades, locales, fronteras o movimientos entre áreas territoriales de diferente tamaño; el cierre de los transportes públicos; o las recomendaciones u órdenes de cumplimiento obligatorio de permanecer en el domicilio) son susceptibles de distintos grados de intensidad y rigor en su aplicación, y de diferentes tiempos de duración de la misma.

Por otra parte, por sus efectos secundarios potenciales, su aplicación en cualquier situación epidémica o pandémica genera muchos más conflictos de intereses que la utilización de medidas específicamente sanitarias, como son las vacunas y los tratamientos farmacológicos, lo que añade un plus de dificultad importante a su adopción.

Por otra parte, algunos estudios realizados durante la pandemia actual han puesto de manifiesto, ciertos factores que influyen en su efectividad para lograr el control de cualquier pandemia, y que han tenido influencia durante ésta.

1) El primero de ellos es la importancia de la rapidez en la adopción de las medidas que reduzcan de manera significativa el contacto social y dificulten la transmisión de la enfermedad a partir del descubrimiento de los primeros casos, en un momento en el que el número de éstos sea lo más reducido posible, y en el que sea posible aislarlos (10; 52). Una menor incidencia permite con medidas de igual rigor recuperar antes el control de la pandemia, y rebajar la resistencia a la aplicación de nuevas medidas si de nuevo aparecieran nuevos casos; resistencias que, por el contrario, aumentan si la aplicación de las medidas ha debido

mantener por períodos de tiempo prolongados. En esos trabajos se ha sugerido también que el retraso en la adopción de las medidas restrictivas tiene además un coste añadido específico, que se expresa en términos de mortalidad derivada y proporcional al mismo.

2) En segundo lugar, algunos estudios han puesto de manifiesto la efectividad de las medidas restrictivas adoptadas en cada país, que siguen un patrón similar y comparable en muchos de ellos, depende en buena medida del rigor en la aplicación de las mismas durante períodos recortados al tiempo estrictamente necesario para reducir la incidencia de la pandemia a límites mínimos controlables con medidas de detección precoz de casos y aislamiento efectivo de contactos. Conforme a esos estudios, el resultado es una reducción significativa de la mortalidad en los casos en que es mayor el rigor de las medidas aplicado respecto a aquéllos en los que el rigor, medido en términos de un indicador específico creado al efecto, es más bajo (53).

De los dos factores citados, durante la pandemia se ha deducido y resaltado la posibilidad de dos estrategias distintas de aplicación de las medidas restrictivas de la movilidad y el contacto social, definidas como estrategias de “eliminación” o “Covid-cero”, y de “mitigación”. La primera (54) consisten la aplicación de medidas más severas de aislamiento, la movilidad y el contacto social, combinadas con mecanismos efectivos de detección precoz de casos y contactos, llevadas a cabo de manera decidida y por plazos limitados; mientras que la segunda supone medidas menos rigurosas en su aplicación, parciales e incompletas, o rebajadas antes de lograr reducir a límites adecuados la incidencia de la pandemia, lo que da lugar con frecuencia a rebrotes y nuevas olas epidémicas. Numerosos estudios han subrayado las ventajas, no sólo en términos sanitarios de incidencia y mortalidad por la enfermedad, sino también económicos y para las libertades civiles, de la primera (55; 56; 57; 58).

3) El tercer factor que influye sobre la posibilidad teórica y el desarrollo efectivo de este tipo de medidas es la confianza de la

población a la que se aplican en las medidas adoptadas y en la autoridad que las adopta.

Respecto a la primera parte de esa confianza, durante la pandemia la efectividad de las medidas adoptadas se ha puesto en cuestión en algunos casos desde las propias autoridades que las promueven. El caso más típico es la utilización de mascarillas para evitar la transmisión del virus, que durante las primeras fases de la pandemia fue puesto en cuestión incluso desde la propia OMS (59); lo que ha hipotecado su utilización, y lo sigue haciendo todavía, por parte de las poblaciones de muchos países, a pesar de las recomendaciones claras que ahora se formulan para su utilización en determinadas situaciones en la mayoría de ellos.

Respecto a la segunda, *“la fortaleza del liderazgo sanitario en un país, y la confianza de la población en su gobierno y sus dirigentes, es tan importante, si no más, que las capacidades técnicas”* para que, mientras falten vacunas y tratamientos específicos, funcionen las medidas de salud pública necesarias ante una situación así (60).

4) A su vez, entre los factores que durante la pandemia se han analizado que tienen mayor influencia sobre la confianza de la ciudadanía en sus gobiernos y, en consecuencia, sobre el seguimiento y el respeto por las medidas que éste adopta, se encuentra en primer lugar el grado de polarización política que existe en cada país.

Un primer aspecto de esta influencia es que el partidismo parece un determinante mucho más importante de la respuesta de un individuo a la pandemia que el impacto de la COVID-19 en la comunidad de ese individuo: como se ha comprobado en estudios en diferentes estados norteamericanos, la respuesta y el cumplimiento de las distintas medidas restrictivas adoptadas por los distintos gobiernos estatales está más condicionado por la animosidad partidista de la ciudadanía que por el impacto a nivel local de la pandemia, en términos de contagios y mortalidad (61). El uso de las mascarillas, por ejemplo, se convirtió así al inicio de la pandemia en un signo de identidad partidaria republicana, que, sin embargo, se revirtió al cabo de unos meses (62), como conse-

cuencia del cambio de criterio de los líderes republicanos, incluido el expresidente Trump, que asumieron las recomendaciones de uso de las mismas que venían haciendo los políticos demócratas (63; 64). Lo mismo ha ocurrido después con las vacunas, de manera que grupos de votantes republicanos en las últimas elecciones presidenciales se han convertido posteriormente en núcleos característicos de rechazo a la vacunación (65).

Otro trabajo (66) realizado de manera simultánea en los Estados Unidos y en tres países latinoamericanos (Argentina, Uruguay y Brasil), llegó a conclusiones similares. En presencia de una polarización política acentuada, lo que parece importar es el “tribalismo partidario”. La incertidumbre por la falta de información provoca que se busquen soluciones en el liderazgo político más cercano a una parte u otra de una población afectada por la polarización.

Por otra parte, donde existe un grado elevado de polarización política partidista, ésta actúa sobre la (dis)capacidad para adoptar decisiones adecuadas por parte de cualquier gobierno de tres formas distintas (67; 68): en primer lugar, reduciendo la posibilidad de contar con el apoyo de la oposición para adoptar medidas necesarias pero costosas, convirtiendo éstas en motivo de conflicto político añadido. En segundo lugar, favoreciendo la priorización de los intereses a corto plazo de sus grupos de apoyo principales sobre los beneficios sociales a largo plazo de las medidas que se adopten, para garantizarse al menos el apoyo de esos grupos. En tercer lugar, estimulando la adopción de medidas populistas a corto plazo en detrimento de la consideración y el seguimiento del asesoramiento de los científicos para la adopción de medidas de mayor alcance y eficacia en el control de la pandemia.

Como ejemplo de este último mecanismo puede servirle permanentemente interferencia política y el menosprecio expreso del trabajo y los criterios de sus propios expertos científicos por parte del gobierno norteamericano del presidente Trump (69). Un menosprecio que tuvo consecuencias inmediatas, como la de “obligar” a la FDA a aprobar la utilización de la hidroxiclороquina, un

medicamento patrocinado por el gobierno Trump que luego se demostró inefectivo, para el tratamiento del coronavirus (70). O la de impedir que el CDC difundiera determinadas recomendaciones sobre la apertura y cierre de colegios, la realización de pruebas diagnósticas o el uso de mascarillas, que no eran acordes con las posiciones al respecto del propio gobierno de Trump (71).

El resultado de la pérdida de confianza en los gobiernos que caracteriza a las situaciones de polarización política, con la reducción consiguiente del seguimiento de las medidas de restricción del contacto social, es el exceso de mortalidad. Así lo confirma un análisis sobre la base de un estudio de 153 regiones europeas, en el que se observa que *“mayores niveles de polarización predicen un exceso de muertes significativamente mayor... la diferencia en el exceso de muertes entre dos regiones, una sin polarización de las masas (2,7%) y otra con niveles máximos (14,4%), es más de cinco veces mayor”* (67; 68).

Son, en todo caso, problemas y dificultades de aplicación de las medidas restrictivas que sólo afectan a los países con sistemas democráticos, cuyos gobiernos deben afrontar problemas que no se dan en los países, como China, con regímenes autoritarios. Algunas comparaciones efectuadas entre uno y otro tipo de sistemas han permitido comprobar que las democracias consolidadas reaccionan de manera más lenta a la pandemia, y que las medidas restrictivas de la movilidad y el contacto social, tardan más tiempo en adoptarse, y cuando las adoptan, lo hacen de manera más limitada (72); mientras que sistemas autoritarios como China, han sido y siguen siendo capaces de imponer de manera más rápida medidas de confinamiento a la vez más severas y estrictas (73).

5) En la misma línea de análisis constitucional y estructural de los sistemas políticos, un segundo factor analizado es la influencia que puede tener la condición unitaria o compuesta de los países que deben adoptar medidas restrictivas de la movilidad y el contacto social.

El estudio más amplio de ese carácter reúne los resultados en términos de contagios y mortalidad por millón de habitantes en

tre el inicio de la pandemia y el mes de enero de 2021 de 35 países de la OCDE, nueve de los cuales (Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Canadá, España, Méjico, Suiza, más los Estados Unidos) disponen de una organización federal o similar, cada una de características propias específicas; mientras que otros 26 son estados unitarios (74). Los resultados del estudio, sugieren que, aunque “*no existen impedimentos estructurales por parte de los países federales para lograr un buen desempeño*”(frente a la pandemia), existe una cierta base para poder considerar que los resultados de la respuesta de los países federales a la pandemia han podido adolecer de algunos problemas adicionales a los sufridos por los países unitarios, que cabría pensar relacionados con su forma de organización. Unos problemas que, en todo caso, no derivan sólo de la estructura organizativa de los países correspondientes, sino también, de manera importante de la dinámica de funcionamiento tradicional de los sistemas respectivos (75)

6) Un análisis más amplio de las medidas restrictivas adoptadas por cuatro de los países de organización federales más característicos y cuyo nivel de desarrollo económico, aún siendo superior en todos los casos, es más cercano al español (Alemania, Australia, Canadá, y Estados Unidos), de las formas de adopción de esas medidas, y de la regulación de las mismas en cada uno de ellos, permite, sin embargo, formular algunas observaciones añadidas.

La primera de ellas es que en todos ellos las medidas restrictivas de la movilidad y el contacto social, y no tanto las medidas estrictamente sanitarias, centraron el conflicto político, sobre todo durante las primeras fases de la pandemia. Por el contrario, en el terreno sanitario, aunque en los tres países (Alemania, Australia y Canadá) que disponen de sistemas universales de protección sanitaria de gestión descentralizada organizado cada uno de manera diferente, la pandemia ha puesto de manifiesto la falta de estructuras y mecanismos adecuados de coordinación, ha habido una tendencia marcada y desarrollos concretos dirigidos a lograr mecanismos homogéneos de protección y sistemas comunes de información.

En Alemania, por ejemplo (76), ello dio lugar a la mejora de los sistemas de información epidemiológica y sanitaria general, a los que se sumaron, primero de manera voluntaria, y luego mediante una regulación del Ministerio federal de Sanidad, la totalidad de los hospitales del país, más de 2.000, que a partir de esta última deben informar a diario sobre camas ocupadas y vacías. En el mismo país, esa actitud de colaboración positiva en el terreno sanitario permitió, bajo la coordinación de varias agencias federales, el lanzamiento de un programa común, no obligatorio ni cerrado a otras posibilidades, de compras de Equipos de protección personal (EPIs) para los Länder; también el funcionamiento efectivo de una red de más de 200 laboratorios para coordinar la realización de PCRs, que fue especialmente activa al inicio de la pandemia; y la coordinación del Instituto Robert Koch con los más de 400 laboratorios dependientes de las autoridades locales, que son los responsables de controlar y tomar medidas para el control de cualquier enfermedad infecciosa que ocurra en su territorio, para mejorar el sistema de información epidemiológica.

La segunda, es, en sentido inverso, la ausencia en todos esos países de estructuras y reglas bien definidas previamente para la adopción de medidas de restricción de la movilidad y el contacto social de carácter general, homogéneo o común, un terreno en el que en ninguno de ellos se han puesto tampoco de manifiesto actitudes positivas de colaboración y coordinación para su adopción.

Uno de estos países, Australia, modificó sus estructuras de Gobierno por la pandemia (77), creando un “Gabinete Nacional” del que forman parte los presidentes de los estados, bajo el paraguas legal de una Ley de Bioseguridad de 2015, que concede amplios poderes para adoptar decisiones que afecten a derechos en situaciones excepcionales como la pandemia. El Gabinete, cuyo funcionamiento plantea problemas de transparencia en sus decisiones, de las que no debe dar cuenta al parlamento federal, ni a los de los estados, y que se reunió en 32 ocasiones entre marzo y diciembre de 2020, declaró el estado de emergencia por primera vez el 18 de marzo, y lo prorrogó por tres meses en tres ocasiones



(78; 79). Al margen de las medidas económicas de apoyo a los sectores afectados por las medidas sociales restrictivas, sus decisiones se han referido de manera casi exclusiva al ámbito exterior, a puertos y aeropuertos, en forma de restricciones de los cruceros de los barcos y la limitación severa de los viajes internacionales; mientras que todas las medidas de restricciones de movimientos internos y entre estados, cuarentenas, cierres de colegios y otras, han sido adoptadas por los gobiernos de los estados, sin la fijación de límites ni referencias comunes por parte del nuevo Gabinete, una actuación que ha recibido el rechazo de la mayoría de los observadores(80).

Por su parte, en Alemania, un Comité federal de crisis constituido por la canciller con los primeros ministros de los Länder sirvió para armonizar inicialmente las medidas restrictivas adoptadas por cada uno de ellos, que habían sido al principio de la pandemia menos rigurosas que las adoptadas en otros países (81). Pero esa actitud no se mantuvo después (82). Lo que, tras el repunte de contagios iniciado en los primeros meses de 2021, llevó a la canciller Merkel, cuyo proceso de sustitución se había iniciado ya, a dictar una ley federal, aprobada en el Reichstag el 21 de abril de 2021 (83), obligando a las autoridades, también las locales en las que se superasen los niveles de contagios fijados en la norma, a adoptar las medidas restrictivas que se establecían en ella. La aprobación de la ley, cuyos efectos sobre el mantenimiento y la extensión de la pandemia resultaron dudosos, no ha cerrado la polémica entre quienes estiman que era innecesaria, algunos de los cuales consideran incluso que su dictado pone en peligro el sistema federal alemán en su totalidad; quienes, como algunos profesores de Salud Pública, la consideran necesaria y adecuada para acabar con una situación que se estaba haciendo “caótica”; y quienes mantienen una posición intermedia, como el presidente de la Asociación Médica Alemana, que, aúnestimándola necesaria para evitar el compromiso de las UCIs, considera que es inadecuado haber utilizado sólo criterios numéricos de incidencia general para definir los confinamientos, y que este dato se debería haber complementado con la valoración de la extensión

de las vacunaciones y el número de pacientes en las UCIs en cada territorio.

A su vez, ni los Estados Unidos ni Canadá han dispuesto de mecanismos de coordinación general de sus decisiones en este terreno, y sólo en Canadá, donde, tras rechazar expresamente la aplicación de una norma que permitía la adopción de medidas generales por el gobierno federal por considerar que vulneraba competencias correspondientes a la provincias conforme a su texto constitucional (84), todas las provincias y territorios han adoptado decisiones restrictivas distintas de la movilidad interna y de los desplazamientos entre ellas (85;86), se han producido acuerdos en esta materia entre algunas provincias cercanas, como las atlántica, al margen de cualquier acuerdo general.

Una tercera observación permite sostener que el denominador común a todos los países de estructura federal es que los niveles subcentrales de gobierno tienden, bajo la presión de sus grupos de interés más cercanos en cada caso, a adoptar medidas restrictivas más limitadas tanto desde un punto de vista de su rigor como de su duración; lo que, en consecuencia con los criterios previos mencionados antes, reduce su eficacia para el control de la pandemia, facilita los rebrotes epidémicos, y potencia la aparición de conflictos entre territorios con intereses económicos y sociales distintos.

De todo ello, en algunos de esos países (87) se han deducido sugerencias y propuestas para dotar a los gobiernos federales respectivos de una capacidad de actuar adecuada a la gestión de una epidemia como ésta. Las posibilidades de su desarrollo en cada caso está sometido ante todo a las peculiaridades constitucionales y las tradiciones organizativas y de funcionamiento de cada país.

7) La evolución de la pandemia ha puesto también de manifiesto las limitaciones del uso exclusivo de medidas restrictivas para resolverla. Aquellos países que optaron por aplicar con mayor rigor y efectividad inicial estrategias de eliminación estricta o “covid-cero”, como son los países y enclaves del sudeste asiático cercanos a China (Singapur, Taiwan, Hong-Kong) y de Oceanía

(Australia, Nueva Zelanda), pero descuidaron las políticas de vacunación, confiados en los buenos resultados durante más de un año de las primeras, se han visto abocados por los rebrotes de la pandemia en el medio plazo a reforzar las políticas de vacunación (88), a una limitación de las políticas restrictivas (89), que en el largo plazo resultan insostenibles por sus efectos sociales y económicos, y a aceptar un camino conducente a la aceptación de una nueva situación de “endemicidad” de la infección (90).

Por su parte, como se ha descrito en el apartado anterior de este informe, muchos países europeos, que, ante los avances en el control de la pandemia provocados por la extensión progresiva de la vacunación, rebajaron precozmente sus políticas restrictivas de la movilidad y el contacto social, vienen sufriendo rebrotes de la pandemia (91), que afectan sobre todo a los no vacunados (92), se vieron afectados además por las evidencias de que las vacunas reducen la gravedad de la clínica de la infección, pero no eliminan la posibilidad de infección ni transmisión del virus por los sujetos vacunados (93). Lo que ha obligado a muchos de esos países a volver a adoptar políticas restrictivas más severas, cuya aplicación se encuentra con la resistencia de sectores importantes de la sociedad, alentada por la fatiga pandémica, el descrédito de los gobiernos y las situaciones de polarización política que se da en muchas de las sociedades europeas.

### **IV.2. LA APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS RESTRICTIVAS DE LA MOVILIDAD Y EL CONTACTO SOCIAL EN ESPAÑA Y SU IMPORTANCIA COMO DETERMINANTES DE LA EVOLUCIÓN DE LA PANDEMIA AQUÍ**

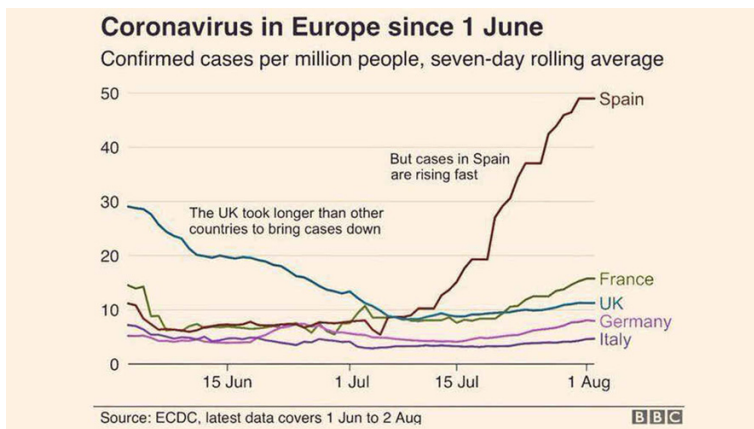
El primer dato destacable es el retraso en la declaración del primer estado de alarma que se produjo respecto a la adopción de medidas similares en la mayoría de los países europeos. De hecho, cuando la declaración se produjo, el 14 de marzo, de manera inmediata a la declaración de pandemia por la OMS, pero diez días después de que Italia hubiera adoptado sus primeras

medidas, y 21 después de que Alemania lo hubiera hecho con las suyas, en España había ya más de 6.000 casos confirmados (10), y probablemente muchos más casos de contagios no detectados, que facilitaron la difusión inicial exponencial de la pandemia, y la posibilidad de su extensión descontrolada hacia las residencias de ancianos, contribuyentes ambos a la alta mortalidad observada durante la primera oleada pandémica. A ese retraso relativo, que hay que poner principalmente en relación con la precaria situación de los servicios de Salud Pública y vigilancia epidemiológica en España, sin descartar el grado de responsabilidad que se pueda atribuir a determinadas decisiones concretas adoptadas por el Gobierno de la nación, producidas en todo caso en un contexto de desprecio compartido con todos los gobiernos anteriores por el gobierno de los servicios sanitarios, cabe atribuir un aumento en el exceso de mortalidad que se produjo durante la primera oleada pandémica. Un aumento que, como se ha descrito previamente, situó a nuestro país durante la misma durante algún tiempo a la cabeza de las tasas y el exceso de mortalidad de entre los países más desarrollados, que ocuparon, a su vez, en ese momento los primeros lugares del mundo bajo esos parámetros.

La eficacia del rigor de las medidas adoptadas en aquel primer estado de alarma, superior al de las adoptadas en otros países europeos en aquel momento, y en las sucesivas prórrogas del mismo, no se pueden poner en cuestión: como se puede ver en la gráfica siguiente, en los primeros días del mes de junio de 2020 España había reducido el número de nuevos casos confirmados acumulados a siete días por millón de habitantes a cifras similares, por debajo de 10, a la de la mayoría de los países europeos.

Esta “relajación” inicial en la adopción de medidas restrictivas, seguida del paso a uno de los niveles de restricción más rigurosos de Europa se destacó ya en aquel momento por algunos observadores (94), y podría considerarse una buena expresión de la debilidad del aparato administrativo y científico-técnico en el terreno de la Salud Pública en nuestro país, que debe dar soporte a las decisiones del Gobierno en este terreno, probablemente el ámbito de déficit más acusado de los servicios públicos sanitarios

españoles que ha puesto de manifiesto la pandemia.



Por su parte, la finalización de aquel primer estado de alarma el 22 de junio, después de 6 prórrogas del mismo aprobadas en votaciones mayoritarias sucesivamente decrecientes por el Congreso, sirvió de vía de expresión del clima de polarización política presente en nuestro país desde la legislatura anterior, a la que la propia pandemia ha contribuido con argumentos propios (95). Un clima acentuado desde el inicio de la actual por la constitución del primer gobierno de coalición de la democracia y el ascenso significativo en las urnas del partido de ultraderecha VOX, en detrimento de la representación parlamentaria del Partido Popular. Uno de los efectos más evidentes de ese clima es la dificultad para alcanzar acuerdos entre el Gobierno y los partidos de la derecha y ultraderecha, sean cuales sean las situaciones, como las que derivan de la evolución de la propia pandemia, que preciarían de esos acuerdos para su solución.

Conforme a los análisis citados previamente, del clima de polarización existente cabría esperar resultados en términos de exceso de mortalidad global, que, confirmando esas expectativas, han sido manifiestos en España. Sus elevadas cifras ponen incluso en cuestión, por la posibilidad de que estén infravaloradas, las

cifras oficiales de muertes por el Covid(96). Por otra parte, esas cifras ofrecen en España una distribución muy diferente por regiones, con unos niveles de exceso de mortalidad en relación con la media de 2016-2019 que sitúan a la Comunidad de Madrid a la cabeza de este parámetro de entre todas las regiones europeas (97)<sup>1</sup>. Una posición a la que puede haber contribuido el grado de polarización existente aquí, generado, pero también estimulado, por el triunfo electoral aplastante obtenido por los partidos PP y VOX en las elecciones autonómicas convocadas en la Comunidad de Madrid de manera anticipada hace unos meses, mucho más elevado que en otras CCAA, uno de cuyos efectos ha sido una gestión diferente de la pandemia por parte del gobierno autonómico elegido en aquellas elecciones en Madrid (98).

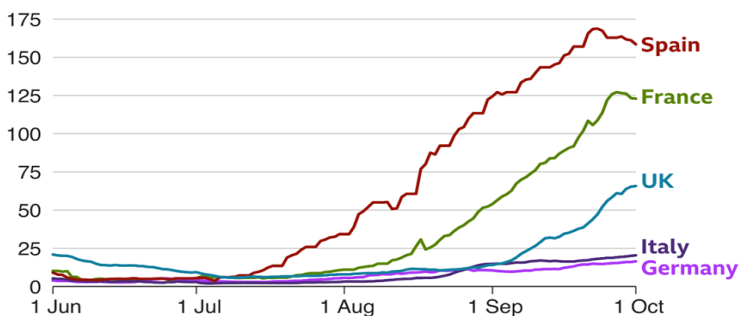
La forma en que se dio por finalizado el estado de alarma, con un Plan de desescalada aprobado por el Gobierno un mes antes, que no garantizaba la homogeneidad de una retirada progresiva de las medidas restrictivas por todas las CCAA y que, por el contrario, cedía por completo a cada una de ellas la responsabilidad de la adopción individual de aquéllas en su territorio respectivo, sobre la base del eslogan repetido de la competencia autonómica de la sanidad de manera exclusiva, tuvo, por otra parte efectos inmediatos, que elevaron de nuevo en poco tiempo las cifras de contagios a cifras progresivamente más elevadas, que, como se puede observar en la gráfica siguiente, volvieron a situar a España durante los meses de julio de 2020 hasta octubre a la cabeza y a distancia del resto de los países europeos. Una distancia que se fue luego reduciendo a medida y en proporcióna la reducción de las medidas restrictivas a lo largo del verano y los primeros meses del otoño en esos países, que incrementó también con retardo respecto a España el número de casos en los mismos.

---

<sup>1</sup> Y a Castilla-La Mancha, en tercer lugar, Castilla-León en el 6º y Cataluña en el 8º de esta clasificación.

## Coronavirus cases increasing in European countries in recent weeks

Total cases per 100,000 people by week up to 01 October



Note: Countries do not always release figures every day, which may explain some of the sharp changes in the trendlines

Source: ECDC, data to 1 Oct

BBC

La negativa por parte de la Comunidad de Madrid a adoptar medidas restrictivas en determinados municipios de su territorio que superaban los niveles de contagios recomendados desde el Consejo Interterritorial sin carácter obligatorio para hacerlo llevó a la declaración por el Gobierno de la nación de un segundo estado de alarma el 9 de octubre (99), sólo aplicable a nueve municipios, o zonas de éstos, madrileños (Alcobendas, Alcorcón, Fuenlabrada, Getafe, Leganés, Madrid, Móstoles, Parla y Torrejón de Ardoz). Una declaración a cuya efectividad puso distintas dificultades formales de trámite el gobierno de la Comunidad de Madrid, para avenirse finalmente a su cumplimiento.

El ritmo creciente de contagios, que llevaron a una nueva oleada pandémica en España con pico a mediados-finales de noviembre de 2020, llevó a que, para intentar reducirla cuando las cifras estaban creciendo, se aprobase un tercer estado de alarma el 25 de octubre previo, cuya prórroga se autorizó el 9 de noviembre, haciéndolo efectivo hasta el 9 de mayo de 2021, en que finalizó sin necesidad de prórrogas intermedias por el Congreso. La limitación de las medidas impuestas durante ese tercer estado de

alarma, mucho más restringidas que las del primero, y aplicables, por otra parte, en cada territorio autonómico y en cada momento conforme al criterio de su propio gobierno, actuando el presidente de cada uno como autoridad delegada, no evitaron la reproducción de nuevas oleadas a finales de enero, mayo y agosto de 2021. Se confirmó así la relación entre el rigor de las medidas adoptadas y las posibilidades de control mediante ellas de la pandemia, incluso pese a haberse iniciado, y alcanzado ya altos niveles de cobertura durante el verano, la política de vacunación, en la que España se encuentra a la cabeza de los países europeos y entre los primeros países del mundo.

Por su parte, los cambios de criterio por parte del Gobierno respecto a la capacidad de adoptar las medidas restrictivas que han puesto de manifiesto los dictados de los sucesivos estados de alarma descritos, a los que se han venido a sumar luego las sentencias del Tribunal Constitucional anulando por razones distintas los declarados en primero y tercer lugar, permiten considerar que, más allá de problemas estructurales diversos observados en el sistema sanitario español, a los que se hace referencia a continuación, lo que ha puesto principalmente la pandemia en cuestión es el propio gobierno de nuestro sistema sanitario (100), y con ello, las reglas que lo rigen. De lo que se deriva que una de las prioridades principales de la sanidad española después de la pandemia es dotarla de nuevas normas que, frente a nuevas situaciones como la pandemia que se puedan producir en el futuro, aclaren y mejoren sus posibilidades de actuación, y las de los distintos niveles de gobierno.



---

## **V. DÉFICITS ESTRUCTURALES Y DE GOBIERNO PUESTOS DE MANIFIESTO POR LA PANDEMIA EN EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL.**

El segundo factor que puede contribuir a explicar la especial afectación inicial de los países más desarrollados, incluida España, por la pandemia, son los déficits estructurales importantes del mismo que han dificultado no sólo la respuesta a una situación excepcional como ha sido la crisis pandémica actual, sino que vienen hipotecando desde hace años su funcionamiento ordinario, y se han exacerbado durante ella. Son problemas que deben resolverse sin dejar pasar la oportunidad que la propia pandemia ha supuesto para colocar en un lugar de atención preferente la atención sanitaria como un instrumento único y privilegiado de cohesión social y territorial.

Esos déficits, que no son esencialmente diferentes de los observados en otros países tienen, sin embargo, características propias y específicas del sistema sanitario español, relacionadas con su origen y su historia. Entre ellos se destacan los siguientes:

## **V.1. DEFICIENCIAS EN EL DESARROLLO Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL**

Durante la pandemia ha habido un amplio grado de coincidencia entre observadores distintos 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, con el primer estado de alarma, de las medidas de restricción de la movilidad y el contacto social adecuadas para acotar su desarrollo inicial.

Las carencias del sistema de vigilancia epidemiológica en España tienen en todo caso razones variadas.

En primer lugar, los servicios de Salud Pública, de los que forma parte el sistema de vigilancia epidemiológica, han recibido una atención presupuestaria reducida, que proporcionalmente es incluso inferior a la que tiene en otros países: según la Estadística de Gasto Sanitario Público de 2019 (101), publicada por el M<sup>o</sup> de Sanidad, la proporción del gasto sanitario público consolidado dedicada a los servicios de salud pública, es sólo del 1,1% del gasto público sanitario total, lo que suponía en ese año en cifras absolutas la cantidad de 823 millones de euros. Esa limitación absoluta y proporcional de las cantidades destinadas a los servicios de salud pública no son una excepción del año reflejado, sino que, con pequeñas oscilaciones, se han venido manteniendo desde siempre y, en concreto, como se refleja en la misma publicación, desde hace más de cinco años.

La escasa importancia presupuestaria de estos servicios, que se daba ya incluso en la época preconstitucional, en la que estos servicios, concebidos como “policía sanitaria”, dependían, tanto en su organización central como en las provincias, de una Dirección General de Sanidad existente en el M<sup>o</sup> de la Gobernación, facilitó, como se explica en el capítulo siguiente, su traspaso a las CCAA en el período más inmediato a la aprobación de la Constitución Española (CE) de 1978.

El diseño de los servicios de Salud Pública, incluido el sistema de Vigilancia Epidemiológica postconstitucional, vigente hasta la actualidad, no sólo se vió hipotecado por la efectividad de esos trasposos previo a que la propia Ley General de Sanidad desarrollara el modelo de diseño de los mismos. Para cuando la ley pretendió desarrollar ese modelo se encontró con dos clases de limitaciones: las primeras, las derivadas de los desarrollos que habían llevado a cabo todas las CCAA de sus propios servicios de esta naturaleza. Un desarrollo consistente en una parte significativa del mismo en la creación de cuerpos propios de funcionarios para el desarrollo de estas funciones, cada una con arreglo a sus propios patrones conceptuales y formativos; pero también en el desarrollo de sus propios sistemas regulatorios y estadísticos, sin atenerse a ningún patrón común. Y todo ello sin que el incumplimiento de las obligaciones de aportar información de esta naturaleza a los registros y sistemas estadísticos nacionales derivase en actuaciones correctoras efectivas desde el propio M<sup>o</sup> de Sanidad recién creado.

Ese desarrollo conceptual precario de las actuaciones autonómicas y ministeriales en materia de Salud Pública y vigilancia epidemiológica se completó con la constitución de una Dirección General de Salud Pública en el M<sup>o</sup> de Sanidad. Y, un tiempo después, con la creación y el desarrollo del Instituto de Salud Carlos III, creado por la LGS y constituido en 1988. El reparto efectivo de funciones entre ambos derivó en concentrar en la estructura ministerial las de relación técnico política con las CCAA en las materias relacionadas con la salud pública (políticas de vacunaciones; medidas a adoptar en brotes epidémicos), más el desarrollo de distintos programas de salud (sobre enfermedades cardiovasculares o cáncer; sobre prevención del tabaquismo), y el soporte de distintas redes nacionales, como la de Hemoterapia, dando además soporte a las decisiones y acuerdos en esas materias de la Comisión de Salud Pública del SNS. Y en la del Carlos III, en el que existe un “Centro Nacional de Epidemiología” y otro de “Microbiología”, el desarrollo de las actividades mencionadas, las cuales, especialmente las de laboratorio de este último,

han ido perdiendo el carácter de referencia con el que se desarrollaban previamente, como consecuencia de las limitaciones, también las de carácter económico, que se han mencionado. Por su parte, el Centro Nacional de Epidemiología es el soporte de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), creada por Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, que constituye además la referencia española del sistema de vigilancia epidemiológica a nivel europeo.

La evolución de los centros adscritos al Instituto Carlos III se ha caracterizado por un deterioro personal y material progresivo, subordinado a la prioridad que han ido adquiriendo en el Instituto las unidades y centros dedicados al desarrollo de la investigación sanitaria básica y aplicada. Una prioridad que ha derivado en la creación de dos Centros Nacionales de Investigación (CNIO, dedicado a la investigación en oncología, y CNIC, a las enfermedades cardiovasculares), y que, culminó con el traspaso del Instituto en su conjunto al Ministerio de Ciencia e Innovación, al que se encuentra adscrito en la actualidad, tras un paso intermedio por el de Economía.

El resultado de esos cambios de dependencia departamental es que el desarrollo de la información epidemiológica en España es ajeno al M<sup>o</sup> de Sanidad. Éste, sin embargo, se dotó en 2004 de un Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, que ha saltado a la popularidad con la pandemia provocada por el covid19, cuyo soporte principal, aunque no único, es la información proporcionada por la RENAVE, pero que, por el contrario, carece de un sistema propio de información.

Que el resultado de esa organización incoherente y abigarrada de la salud pública y los sistemas de información epidemiológica en España sean los déficits en uno y otro campo que se han observado durante la pandemia no puede sorprender a nadie (102). Los problemas comenzaron por las diferencias entre CCAA y entre algunas de éstas con el M<sup>o</sup> de Sanidad en la definición de caso de afectación por la enfermedad que caracterizaron el comienzo de la pandemia. Computar como contagios los casos sospechosos

del mismo sin confirmación analítica o sólo los que dispusieran de la misma provocaron diferencias estadísticas difíciles de comprender durante la primera fase de la pandemia; unas diferencias que, además, se complicaron más aún con las diferentes pautas de aislamiento, realización de diferentes tipos de tests en un momento en que había escasez de ellos, y detección de contactos, que se pusieron en marcha en diferentes territorios en esas primeras fases.

Resueltos parcialmente esos problemas, han persistido algunas pautas de suministro y recogida de datos por parte de algunas CCAA, en especial de los procedentes de la Atención Primaria y los hospitales, así como de su publicación diaria por el M<sup>o</sup> de Sanidad, que no se realiza durante los fines de semana, que siguen provocando dificultades de interpretación de los mismos (103), e incluso errores manifiestos no corregidos en los datos suministrados a las redes europeas (104), o en los publicados por el M<sup>o</sup> de Sanidad (105).

El error mayor sería, en todo caso, pretender resolver los problemas de organización y funcionamiento que los sistemas de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica presentan, que tienen un carácter manifiestamente estructural, en buena parte relacionados con el proceso de descentralización que tuvo lugar, mediante medidas puntuales, como las planteadas en la reforma segunda del Componente 18 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia presentado por España ante la Unión Europea (106).

Esas medidas puntuales incluyen el desarrollo de: a) una estrategia española de salud pública, por acuerdo del Consejo Interterritorial; b) un sistema integrado de vigilancia en salud pública, que se pretende crear mediante Real Decreto del Gobierno; y c) la creación de un centro estatal de salud pública, igualmente mediante Real Decreto.

Conforme a la descripción realizada de los problemas observados en los sistemas citados, su solución, por el contrario, requeriría al menos:

— Una definición aplicable al conjunto del SNS de los perfiles, los procesos de formación y los mecanismos de vinculación con las administraciones, aplicables al personal que desempeñe en el futuro las funciones correspondientes a estos servicios.

— Una definición común de la organización de los sistemas de vigilancia epidemiológica a nivel periférico de las CCAA, especificando además las relaciones de profesionales específicos dedicados a esas funciones con los centros sanitarios de distinto nivel.

— Una determinación específica de las obligaciones, las formas y los plazos de proporcionar información por parte de los sistemas autonómicos a los sistemas de información comunes en los términos que se establezcan, con delimitación de las responsabilidades en que se podría incurrir de no cumplir con las mismas.

— Una reorganización de los organismos centrales que mantienen a ese nivel los sistemas de salud pública y vigilancia epidemiológica, recuperando la posibilidad de establecer un red de laboratorios de salud pública de referencia, y la dependencia directa de unos y otros, bajo distintas formas posibles, del M<sup>o</sup> de Sanidad, y no de cualquier otro departamento ministerial.

Los desarrollos legales de las medidas que se proponen deberían suponer y ser acordes con una definición y una forma distintas de ejercer las competencias sanitarias tanto centrales como autonómicas establecidas en la Constitución española por parte de unas y otras, en el marco de un diseño diferente de la organización del SNS que el que ha resultado del desarrollo del proceso de descentralización.

### **V.2. DEFICIENCIAS EN EL DISEÑO Y EN EL FUNCIONAMIENTO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DISPONIBLES EN EL SNS**

Como en el caso de los sistemas de información y vigilancia epidemiológica, la pandemia ha puesto de relieve las carencias en los sistemas de información sanitaria general disponibles. Tales carencias han impedido que se pudiera disponer de manera efectiva

de datos sobre situación del personal sanitario y su distribución por centros, dotación de distinta clase de material preciso para abordar el tratamiento de diferentes grupos de pacientes, número de camas generales y en UCIs disponibles en cada momento y en cada CA, 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 pandemia, y la necesidad de establecer mecanismos de información específicos durante el desarrollo de ésta impuestos desde el propio M<sup>o</sup> de Sanidad y mantenidos con su intervención directa, en especial durante sus primeras fases, que, sin embargo, no son sostenibles una vez se ha logrado someterla a control.

Como en el caso anterior, esas carencias no fueron casuales, sino el único resultado que cabía esperar a la luz del desarrollo que han tenido los sistemas de información desde que se creó el SNS. De entrada, la referencia a un “sistema de información” del SNS se vino sustituyendo durante un largo plazo por la relativa a diferentes estadísticas y registros sanitarios independientes (número y ubicación de hospitales; actividad y morbilidad hospitalaria), algunos de ellos con orígenes en el período predemocrático o postconstitucional más inmediato. De ese conjunto estuvieron excluidos durante mucho tiempo los relativos a la atención primaria, ahoy ya incorporados mediante un sistema específico, y no se incluyeron nunca las referentes al personal sanitario en cualquiera de sus facetas (titulaciones, distribución, actividad, edad, o cualquier otra). La mayoría de esos datos se recogían por el procedimiento de encuesta llevada a cabo con periodicidad anual, una vez finalizado cada plazo, y la recogida de la información y su elaboración llevaba a que los de cada año tardasen varios en estar disponibles, lo que los hacía inútiles para abordar cualquier medida de gestión.

En paralelo a esas estadísticas y registros existían además las propias de los centros del Instituto Nacional de la Salud (INSA-LUD), que en 1978 se había constituido como organismo gestor de la red sanitaria de la Seguridad Social, y recogía indicadores simples de actividad de sus centros, en especial de los hospita-

les (índices de ocupación de camas hospitalarias, estancia media, e índice de rotación de las camas), que estaban ausentes de las estadísticas generales que recogía el Ministerio de Sanidad. Esos datos, que manejaba sólo el Instituto, sirvieron de base para efectuar los traspasos a las CCAA; pero a medida que se fueron produciendo éstos conforme al calendario que se describe posteriormente, la información de los centros traspasados dejó de estar disponible de manera común.

La primera mención a la constitución de un “sistema de información del SNS” se realizó por los artículos 53 a 58 de la Ley 16/2003, de 26 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que en el último de los artículos citados previó para su desarrollo la creación de un Instituto de Información Sanitaria con rango de Subdirección General. La creación de éste se hizo efectiva mediante el Real Decreto 1087/2003, de 29 de agosto, por el que se establecía la estructura orgánica del Ministerio de Sanidad y Consumo, hoy derogado en ese punto, y sustituido a lo largo de los años por distintas unidades del Ministerio con nombres diferentes pero subsistente con el mismo rango.

Que la previsión de ese “nuevo” “sistema de información” se realizara mediante una norma desarrollada y promulgada precisamente más de un año después de que se completara el proceso de descentralización sanitaria, con el traspaso el 31 de diciembre de 2001 de la gestión del INSALUD a las diez CCAA que no lo habían recibido todavía hasta entonces, determinó el diseño del mismo, por otra parte previsto ya con una concepción limitada en la misma Ley de Cohesión.

Ese desarrollo temporal permitía también prever que, para cuando se intentase desarrollar el “nuevo” sistema de información, las dificultades serían las mismas que se habían producido antes en la conformación de los sistemas de salud pública y vigilancia epidemiológica, cuyo traspaso a las CCAA se había producido previamente. Lo que dio lugar a que su desarrollo se llevase a cabo también en este caso de manera independiente por cada una de las CCAA, antes de que pudiera preverse el



desarrollo de un sistema único con un patrón común de diseño y funcionamiento. Y a que, ante la pasividad manifestada por los organismos ministeriales responsables de la constitución de los sistemas de información, las CCAA mantuviesen la misma actitud reticente a remitir sus datos propios que habían venido manteniendo hasta entonces, y a seguir condicionando la remisión al envío de los de los centros a través de un cauce centralizado por cada una, que sigue añadiendo retrasos y complejidad burocrática innecesaria a las posibilidades que ofrece en la actualidad el desarrollo informático alcanzado.

En la práctica, lo que ocurrió es que vinieron a sumarse el concepto teórico limitado de lo que debía ser el nuevo sistema, y la continuidad real de lo que había venido siendo hasta entonces una mera suma de estadísticas y registros dispersos, sin una orientación común. Por su parte, su desarrollo se tradujo en la realidad en la continuidad, sin ninguna variación metodológica, de las estadísticas y registros que se venían recogiendo previamente, reunidos, eso sí, en un portal informático común en la página web del M<sup>o</sup> de Sanidad (107) que el artículo 53 de la propia Ley de cohesión preveía.

Las razones de esas carencias son diversas:

— En primer lugar, las distintas estadísticas y sistema de información parciales de diferentes aspectos del SNS siguen teniendo como instrumento básico, pese a las posibilidades de actualización informática permanente de algunos de ellos, la recogida, cierre y publicación anual de datos a determinadas fechas. Lo que conlleva por sí mismo el retraso de los datos disponibles respecto a la actualidad de cada momento. Un problema que existe desde siempre (en 2004 se hablaba de un retraso de hasta cinco años en la disponibilidad de los datos de algunas estadísticas (108) y que, aunque ha ido mejorando con el tiempo (en el Calendario de difusión de publicaciones del Sistema de Información Sanitaria para 2021 se prevé la publicación de muchas estadísticas correspondientes al ejercicio de 2019 (109), las hace inválidas como instrumento de gestión.

— En segundo lugar, 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) (110), 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.

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 del 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.

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 (111) 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 cada una, lo que contribuye a generar a su vez las desigualdades mencionadas entre ellas (112; 113).

En todo caso, la importancia real atribuída 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 (114), 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 uno de los problemas principales y más sostenidos de su relación con el SNS (115; 116; 117; 118), y a los que afectan de manera no estadística, sino individual. Un problema que, siendo las listas de espera un mecanismo de gestión inevitable en un sistema universal como el nuestro,

exige, por el contrario, una administración transparente y apolítica, que informe a la población con verdad (119), características de las que nuestro sistema de gestión de las mismas, con arreglo a la descripción hecha, se encuentra lejos.

— En tercer lugar, el sistema carece, por el contrario, del diseño de indicadores que pongan 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, ex Eresadas 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, por el contrario, los están desarrollando con carácter sistemático entidades con soporte público, como el Atlas de Variaciones en la Práctica Médica (120), que cuenta con el apoyo del Gobierno de Aragón. Y 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, un problema que no es sólo propio de nuestro país.

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”* (112). En el mismo informe, de 2006, se señalaba de manera expresa que *“uno de los costes más altos que ha pagado el país por la descentralización sanitaria es la pérdida de información homogénea, comparable, para todo el Sistema Nacional de Salud. La falta de un sistema de información integrado del SNS español es actualmente el principal obstáculo para avanzar hacia mejoras de salud, reducción de desigualdades y eficiencia”*.

Cabe, por último, señalar que el desarrollo de un verdadero sistema de información del SNS que sea útil a esos efectos en su doble vertiente de Salud Pública y asistencia sanitaria mediante una nueva ley que lleve a cabo un desarrollo y un ejercicio diferentes

de la distribución de las competencias sanitarias es una condición indispensable para el desarrollo efectivo de la digitalización de los sistemas de información y gestión que precisa la sanidad española, que pueden ser objeto de inversión prioritaria con los fondos europeos vinculados al Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia.

Sin esa nueva base legal que facilite un ejercicio diferente de las competencias sanitarias, lo previsible es que cualquier proceso de esa naturaleza que se intente quede sometido a las mismas contradicciones y limitaciones, de carácter no técnico sino político, que sufrieron procesos anteriores, como los que han afectado al desarrollo de una tarjeta sanitaria universal, los sistemas de información en general, o la historia clínica única.

### **V.3. LA RESPUESTA DE LA ASISTENCIA SANITARIA A LA PANDEMIA Y LOS DÉFICITS ESTRUCTURALES EN LA MISMA OBSERVADOS DURANTE ÉSTA**

Las repercusiones del “*stress pandémico*” han alcanzado a distintas partes del propio Sistema. Lo que, sin embargo, constituye otra constante es que la atención que se ha prestado a esas repercusiones en diferentes partes del mismo, y en particular la dedicada a las que ha tenido en los servicios hospitalarios y en la atención primaria, ha sido por completo diferente a favor de los primeros. Lo que ha ocurrido, tanto al inicio de la pandemia, como una vez que la misma parece superada en buena parte, aunque el virus siga circulando entre nosotros, gracias al proceso generalizado de vacunación.

#### **V.3.1. LOS HOSPITALES**

Durante la primera fase de la pandemia, en torno a la declaración del estado de alarma, y como parte importante de la justificación de la misma, las preocupaciones se centraban de manera

unánime en el impacto de la pandemia en urgencias y hospitalización. Preocupaban sobre todo las unidades de cuidados intensivos, cuya dotación era (y es) limitada en todas partes, pues su capacidad “*puede verse superada si no se evita la concentración de un número muy elevado de contagios en el corto plazo (121). Si esto ocurre (lo que, a juzgar por las cifras de ocupación de estas unidades de los últimos días está ya sucediendo en centros de Madrid), quienes trabajan en esas unidades, como ya ha ocurrido en Italia (122), se verán obligados a afrontar graves dilemas éticos para adoptar la decisión de a qué pacientes proporcionar atención prioritaria con los medios disponibles*” (123).

Los cambios introducidos con rapidez en la organización y el funcionamiento de muchos hospitales, ampliando su capacidad general y la 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, de manera global, se superase la capacidad asistencial hospitalaria del sistema, que era el riesgo principal que, como se ha citado, se temía al inicio de la pandemia. A partir del mes de mayo de 2021, como consecuencia de la reducción en cascada de contagios, ingresos hospitalarios y necesidad de traslados a las UCIs que ha seguido al proceso de vacunación, la mayoría de los centros pudieron comenzar el desmontaje de los dispositivos extraordinarios de que se habían dotado (124).

La valoración popular positiva de la actuación de los sanitarios durante las primeras fases de la pandemia, reflejadas en los aplausos de las ocho de la tarde, incluían sin duda el reconocimiento y la consideración de esos cambios. Las carencias de los sistemas de información disponibles, a los que se ha hecho referencia en el apartado anterior, no permiten, sin embargo, hacer una valoración más profunda de si esos cambios en la organización y la actividad de los hospitales, cuya iniciativa partió en la mayoría de los casos de determinados grupos de profesionales de los centros y, en muchos casos, no tanto de las direcciones de los mismos, se desarrollaron por igual en todos o si, por el contrario, hubo dife-

rencias significativas entre ellos, tanto a nivel de cada CA como entre los ubicados en diferentes territorios autonómicos.

Un aspecto adicional es si las diferencias que pudieran haberse dado, y la eficacia de las medidas adoptadas en cada caso y la forma y el tiempo en que lo hicieron, podrían tener relación con las distintas formas organizativas y de relación con el personal que caben hoy en día en el SNS a raíz de la promulgación de la Ley 15/97, sobre nuevas formas de gestión del SNS. De manera paradójica, siguiendo un proceso que se ha descrito en textos previos (125), cuyo motor principal más efectivo fue la utilización de capital privado para superar la capacidad inversora pública de las que adolecían las haciendas central y autonómica en aquel momento, las “nuevas formas de gestión” sólo afectaron, y de manera limitada, a centros de nueva creación por diferentes CCAA, en particular la Comunidad Valenciana y Madrid. Por el contrario, no afectaron para nada a la gestión de los centros del SNS que siguen siendo propiedad de la Seguridad Social, que continúan siendo la mayoría de ellos en la totalidad de los territorios autonómicos, con la excepción de Cataluña. La eficiencia en la gestión de estos últimos antes de la pandemia ha sido puesta en cuestión en trabajos recientes (126).

Queda también por valorar la forma en la que se recuperarán los retrasos producidos en la atención a otras patologías distintas de las generadas por el covid19, que se suspendieron o retrasaron por centenares de miles (sólo en Madrid más de 93.000 intervenciones quirúrgicas entre marzo y agosto de 2020) en el conjunto de todos los hospitales para dar atención preferente a los casos más graves de éste, y para evitar el contagio hospitalario. Estas cuestiones deberían ser abordadas igualmente con la transparencia que se ha comentado en el apartado anterior, pero para su gestión se producen las carencias comentadas.

En lo que se refiere a la respuesta hospitalaria a la pandemia, cabe también destacar que la única CA que ha desarrollado la construcción de un centro nuevo para atender a pacientes afectados por el coronavirus ha sido la Comunidad de Madrid. A la

gestión de sus propios centros añadió primero la adaptación de un edificio del recinto ferial de IFEMA, luego desmontado, para prestar funciones de descarga de otros centros de ese nivel (127). A éste le siguió luego la construcción de un centro nuevo, al que se le dio el nombre de Hospital de Emergencias Enfermera Zenda, pese a que quepan dudas razonables de que pueda ser calificado como tal.

La gestión del mismo en distintos aspectos, que van desde la propia financiación de su construcción, con sobrecostes que han multiplicado por tres los previstos inicialmente, y alcanzado cifras que parecen superar los 135 millones de euros (128); a su inapropiada dotación para funcionar como hospital (129); o la gestión del personal adscrito al mismo (130; 131), y la gestión de los pacientes que ha recibido, que con una frecuencia inusitada han debido ser evacuados a otros centros para recibir los cuidados precisos (132), han sido objeto de toda clase de denuncias en los medios, que culminaron en su día con la presentación de una denuncia por el grupo de Mas Madrid (133). La reducción de las necesidades de atención hospitalaria para pacientes covid recondujo la actividad del centro hacia el apoyo a la vacunación, una deriva que no ha estado exenta de polémica por los costes que se han derivado de la misma (134), y que en todo caso, por la propia ubicación del centro, ha provocado molestias innecesarias a los grupos de población, una parte de ella de edad avanzada al inicio, que han debido desplazarse hasta allí para ser vacunados, mientras se mantiene la incertidumbre sobre la utilización y el futuro del propio centro..

Así las cosas, como tareas pendientes en el ámbito hospitalario después de la pandemia aparecen como prioritarias las modificaciones en la organización de los centros del SNS propiedad de la Seguridad Social que permitan mejorar su gestión y la eficiencia de su funcionamiento, y el establecimiento de criterios y mecanismos de control que permitan orientar de manera homogénea la inversión por las CCAA en la construcción de centros nuevos. Una tareas que implican el diseño de instrumentos legales generales para hacerlos efectivos, a cuyos efectos no basta con la mera



supresión de la ley 15/1997, que proponían antes de la pandemia los partidos que hoy forman el Gobierno, y han vuelto a proponer en fecha reciente.

### V.3.2. LA ATENCIÓN PRIMARIA

Así como las actuaciones de distinto tipo de los hospitales para afrontar la pandemia, desde el relato de los esfuerzos para sacar adelante a los enfermos graves probando tratamientos, o las innovaciones en el uso de los respiradores y otras técnicas, o incluso la atención personal prestada a los pacientes terminales en situación de aislamiento, han sido y siguen siendo motivo de atención continua y preferente por parte de los medios, el día a día de la atención primaria ha sido objeto, en opinión de los profesionales de este nivel, de una enorme ignorancia no sólo por parte de aquéllos, sino también de muchas de las propias autoridades sanitarias. El principal valor de la atención primaria es lo que evita (135), y lo que evita no se ve. La queja sobre la desinformación del trabajo realizado a este nivel surgió ya durante la primera fase de la pandemia (136), pero se ha acentuado ahora cuando ésta parece que está empezando a decaer (137).

Por otra parte, frente a la reducción de la actividad ordinaria que se vieron obligados a realizar los hospitales con los efectos señalados antes, durante esa primera fase la atención primaria multiplicó su actividad: para un centro de salud urbano de tamaño medio (14.000 habitantes, ó 10 cupos asignados) se calcula que durante los meses de marzo y abril de 2020 la actividad se incrementó el 15%, lo que incluyó, además de otras actividades, la respuesta a cerca de 175.000 consultas telefónicas.

El importante papel que desempeñó la atención primaria durante esa primera fase de la pandemia, y la precariedad de medios con que lo hizo, los refleja también bien el número de sanitarios de ese nivel afectados (138): entre los 34 médicos del SNS fallecidos en la primera ola pandémica entre el 24 de marzo y el 19 de mayo, primera y última fecha en la que se produjeron esos

fallecimientos, 18 de ellos, es decir el 53% del total, eran médicos de centros de salud, pese a que la proporción de médicos de esos centros sólo representan el 29% de los médicos del SNS, excluyendo los MIR.

El curso de la pandemia no sólo no ha mejorado la situación, sino que la ha empeorado (139; 140), hasta límites que un reciente editorial del diario El País calificaba como “insostenibles” (141).

En las fechas en que se escriben estas líneas los contagios entre jóvenes no vacunados amenazan con empeorar más aún la situación en muchas zonas del país (142). Y todo ello ha derivado en un aumento de las demoras en las citas, incluso las telefónicas, con el médico de cabecera, que, a falta de estadísticas generales, no disponibles, la mera casuística permite comprobar que pueden superar con frecuencia los 15 días para una primera visita en distintos lugares, sobre todo en determinadas zonas urbanas.

Una parte de esa situación en algunas CCAA se debe a la gestión de este nivel que se ha impuesto al personal sanitario durante la fase más aguda de la crisis, que ha incluido en algunos casos medidas como el cierre de centros de salud, o la derivación de su personal a centros hospitalarios, provisionales o no, como el Zendal. En la aplicación de este tipo de políticas ha ocupado también un lugar destacado la Comunidad de Madrid. Se trata de situaciones que ponen de manifiesto una falta crónica de confianza en la capacidad resolutive, si no una decidida voluntad de descrédito, de la atención primaria, que, sin embargo, debería haber tenido un papel principal, no cumplido en esos casos, en evitar la aparición de rebrotes epidémicos.

Lo que produce más alarma al respecto es la intención expresada por algunos gestores autonómicos de producir reestructuraciones permanentes del mismo reduciendo el número de centros, e incluso de restringir las consultas de presencia física, sustituyéndola por consultas telemáticas (143). Si bien éstas podrían aportar determinadas ventajas en ciertas condiciones y situaciones específicas, de pretender aplicarse de manera general, pueden

tener consecuencias muy negativas para la accesibilidad general al sistema, en especial por parte de la población de menor capacidad económica. Esos problemas se están resolviendo por aquéllos que disponen de una capacidad económica mayor mediante la suscripción de pólizas de seguro privadas, que han tenido un aumento significativo en determinados territorios durante la pandemia (144), lo que contribuye al aumento de las desigualdades en el acceso a la atención sanitaria necesaria que se han observado durante ella.

Junto con ello, alarma igualmente el nivel de desafección específica por el trabajo en los centros de salud que ha generado la pandemia entre los profesionales de ese nivel en diferentes CCAA. Una desafección puesta de manifiesto por la negativa de diferentes grupos de profesionales contratados temporalmente en los centros, o que finalizan ahora el desarrollo de su proceso formativo en Medicina familiar, a renovar su vinculación con los centros en las condiciones que se les ofrecen. Las reticencias a elegir esa especialidad en el proceso de selección de plazas MIR no sólo en la convocatoria de este año recién acabada supone un argumento más en la misma dirección (145).

Pero, más allá de causas relacionadas directamente con la pandemia, situaciones como las mencionadas obedecen a deficiencias estructurales conocidas y diagnosticadas desde hace años que, sin embargo, siguen sin resolverse, y se sitúan a tres niveles distintos (146): la carencia de recursos económicos y profesionales adecuados; las limitaciones del modelo de atención primaria en vigor, que no ha sufrido modificaciones desde que se creó en 1984, antes de la LGS de 1986; y los incentivos dirigidos a generar una actitud positiva y de compromiso con el servicio por parte de los profesionales .

Respecto a la primera cuestión, pese al discurso dominante en el de todos los políticos desde hace años, orientado a justificar el incremento necesario del peso de la atención primaria en el presupuesto sanitario, se ha ido produciendo la reducción proporcional progresiva de la inversión en este nivel de atención a

lo largo de los años, que ha ido aumentando en sentido negativo el diferencial del gasto con el dedicado a atención especializada (hospitales), en especial desde 2008 (147). En la actualidad el gasto a este nivel apenas representa el 15% de gasto sanitario total, cuando para equipararse a los promedios europeos debería suponer el 25%. Lo mismo ha ocurrido con el número de médicos y enfermeras, que entre 2004 y 2018 aumentó el doble en hospitales que en atención primaria; lo que ha generado un déficit de plantillas a este nivel que las organizaciones profesionales estiman en 15.500 enfermeras y 5.000 médicos de familia sólo para hacer frente a la demanda actual.

Con respecto al modelo, el diseño inicial aspiraba a dar respuesta efectiva y segura a un campo ilimitado de conocimiento clínico con la intervención en el marco familiar y comunitario, dos entornos en profundo proceso de cambio, participando además en la intervención sobre los determinantes de salud mediante “programas”, cuyo desarrollo se adoptó de manera poco afortunada a las diferentes realidades de nuestra cultura social. Los cambios de diferente carácter que se han producido en nuestra sociedad, desde la constitución de distintos tipos de familias, a la relación con la población de mayor edad, incluyendo entre ellos los introducidos en los mecanismos y sistemas de comunicación, o la aparición de nuevas patologías, como ha sido la propia pandemia, han provocado modificaciones sustanciales en las demandas que se dirigen hacia los servicios sanitarios, y en la forma en que deben ser atendidas, para las que no sirve el diseño de los equipos de atención primaria hecho hace 40 años. Si se quiere mantener el sistema de atención integrada a los problemas de salud en la comunidad que supone la atención primaria, por otra parte la forma más eficaz y eficiente de abordarlos conforme a todas las evidencias comparadas, no sólo son necesarios cambios en la respuesta a las demandas y modificaciones en la oferta, sino también cambios en la propia organización y composición de los equipos de salud de este nivel, y en los tipos y las formas de consulta que en los mismos se deban desarrollar en el futuro.

Por su parte, con respecto a los incentivos para generar el in-

terés y el compromiso profesional con el trabajo en este nivel de atención, hay que reconocer que los existentes hasta ahora han sido todos de carácter negativo. Los niveles de precariedad y temporalidad que han azotado a la contratación del personal en el SNS se han cebado de manera especial con la contratación en atención primaria. Esas situaciones han alcanzado en algunas CCAA niveles cercanos al 50% del personal mediante contratos de duración reducida a mínimos, y cambios constantes en el lugar de desempeño en muchos casos, que han perjudicado de manera severa a la continuidad de la atención por un mismo equipo profesional, que es uno de los valores principales que debería mantener este nivel de atención.

A esos efectos no son suficientes las propuestas genéricas de reforma de la atención primaria que, sin dotación presupuestaria específica alguna, recoge el Componente 18 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia presentado por el Gobierno. Pero, sin la referencia de un texto legal de aplicación general a la totalidad del SNS, tampoco cabe esperar iniciativa individual de mejora alguna por parte de ninguna de las CCAA, que no se han producido casi en ningún caso (la única excepción que cabría citar a esos efectos, sin entrar a hacer una valoración de la misma, sería la de las EBAs (148) en Cataluña, a las que la propia Generalitat no dio continuidad ni posibilidades de generalización) desde la LGS. Un nuevo texto legal que, como en el caso de la atención hospitalaria, debería también contener mecanismos que hagan posible evitar el deterioro mayor de la atención primaria que se puede derivar de algunas de las actuaciones de las CCAA que han asumido su gestión.

## **V.4. LOS DÉFICITS EN LA GESTIÓN DEL PERSONAL EN EL SNS**

### **V.4.1. LAS POLÍTICAS DIRIGIDAS AL PERSONAL “ESTATUTARIO” DEL SNS**

Durante la pandemia, la base principal de cuantas respuestas adaptativas positivas en el sistema sanitario se han producido ha sido en todo caso la capacitación profesional, 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, que habían afectado al conjunto del SNS. Esas situaciones son todas ellas resultado de las políticas de recorte presupuestario aplicadas al sistema sanitario durante años tras la crisis económica previa.

Una vez en camino de superación la pandemia merced a la vacunación masiva de la población, el interés del Gobierno por un personal sanitario cuyo comportamiento global durante la pandemia ha sido reconocido de manera unánime se ha centrado en la resolución del problema en apariencia más flagrante que le afecta. Ese problema es, como se ha comentado en el apartado anterior, la situación de temporalidad en sus puestos de trabajo de un porcentaje muy elevado, que según diferentes cálculos afecta a no menos del 30 %, del personal sanitario en activo durante la pandemia en el SNS.

Se trata, en todo caso, de un problema no exclusivo del personal sanitario, sino que afecta también a otros sectores de la actividad en el terreno de las administraciones y los servicios públicos.

Es precisamente la uniformidad de principio del abordaje del problema la que hace que, a pesar de que debe valorarse globalmente de manera positiva la propuesta del Gobierno para abordarlo, desde el sector sanitario deba considerarse como una propuesta incompleta, que, en el proceso de su desarrollo debería encontrar la vía de adaptarse a las peculiaridades específicas de este sector. La mayor de ellas a esos efectos es el régimen jurídico específico al que está sometido el personal sanitario del SNS, cuya adaptación a las necesidades actuales de este servicio público cabe poner en cuestión.

El punto de partida de la definición de ese régimen jurídico fue el sistema sanitario de Seguridad Social preexistente, creado en la

época de la dictadura. En él, las relaciones de personal se regían por hasta cuatro estatutos específicos (de personal médico; de personal auxiliar sanitario (enfermería) y auxiliar de clínica; de personal no sanitario de instituciones sanitarias; y, por último, de personal funcionario) que, salvo este último, acercaban la situación del personal sanitario “estatutario” más al régimen laboral que al funcionarial. Algunos intentos de conducir la relación al régimen laboral durante la elaboración de la LGS, de 1986, fracasaron por las presiones corporativas en contra, y no ha vuelto a intentarse. La Ley recogió la previsión de elaborar en un plazo de seis meses, que sólo se hizo efectiva diecisiete años más tarde, un “estatuto marco” del personal del SNS. La búsqueda de consenso político y acuerdo sindical con el mismo se tradujo en una norma de mínimos (Ley 55/2003), que no ayudó a afrontar ninguno de los problemas fundamentales relacionados con la gestión del personal sanitario de las instituciones públicas. Pese a eso sigue en vigor.

El mantenimiento de las condiciones “estatutarias” mencionadas ha dado lugar a diferentes problemas que afectan profundamente a la eficiencia y la calidad de la atención sanitaria prestada en los centros que son propiedad del SNS. Los más destacados, conforme a la descripción que hicimos de ellos en un informe publicado hace ya seis años (149), que sigue siendo igual de válida pese al amplio plazo transcurrido, son los siguientes:

1. En primer lugar, el desempeño de plazas “en propiedad” por quien logra acceder a ellas bajo la condición “funcionarial especial” con la que el Estatuto en vigor define la relación estatutaria.

Una situación así no existe en los servicios públicos sanitarios de ningún país homólogo. Las plazas “en propiedad” constituyen en muchos casos una hipoteca estructural añadida para obtener y sostener un rendimiento adecuado en los puestos de trabajo desempeñados en esas condiciones. Por otra parte, éstas resultan accesibles a un número cada vez menor de profesionales, tras soportar durante períodos de tiempo, en muchos casos muy prolongados, situaciones precarias como las que se han descrito

(contratos eventuales, temporales de duración mínima, y otras muchas modalidades). Estimaciones recientes, indican que esas situaciones afectan a más del 50% del personal médico del SNS, y a proporciones similares del restante personal del mismo.

2. El segundo problema son los mecanismos de provisión de plazas previstos bajo el régimen estatutario, y su incumplimiento sistemático por quienes gestionan los centros públicos, bajo la tolerancia, e incluso el estímulo, de los servicios autonómicos de salud, que dan lugar a las condiciones precarias de contratación citadas. La recuperación de un ritmo de convocatorias que permitiera atenuar el desempeño temporal de las plazas que va siendo necesario cubrir parece un objetivo difícilmente alcanzable y dudosamente deseable. El ejemplo de una OPE realizada en 2001, pero finalizada más de cinco años después, para adjudicar más de 15.000 plazas de diferentes categorías, es demostrativo de la inviabilidad real de la recuperación de convocatorias de ese carácter.

3. Una tercera cuestión es la uniformidad de normas de aplicación a categorías profesionales distintas. Aplicar las mismas condiciones de relación al personal médico, y en algunos casos al de enfermería, que son las categorías profesionales básicas del sistema sanitario, que a todas las categorías sanitarias, e incluso las no sanitarias, existentes en los centros, resulta innecesario e inadecuado para el mantenimiento de la calidad de la atención prestada por los servicios públicos sanitarios. Ocurre lo mismo con otras condiciones, como las retributivas, incluida la percepción de determinados incentivos y complementos (como la “carrera profesional”), o las de desempeño simultáneo de plazas en el sector público y el privado, las jornadas laborales, u otras, que se han ido haciendo similares para una y otra clase de personal. La alternativa a la relación “estatutaria” definida como “funcionarial especial” podría pasar, a semejanza de lo que ocurre en otros países, por el establecimiento de modalidades de contratación laboral específica aplicables por todos los centros del SNS para determinadas profesiones sanitarias, en especial los médicos y la enfermería, quedando para el resto de profesiones el régimen



laboral general, con las condiciones en las que éste se debe aplicar en el ámbito público, y contratación directa por los centros públicos.

Repetir esas mismas condiciones de contratación para el personal de cualquier categoría profesional que resuelva su situación de temporalidad por las vías previstas por el Gobierno sería perder una oportunidad única de introducir las reformas necesarias en una gestión del personal del SNS que hipoteca el funcionamiento adecuado de éste. Además, dar esa salida al problema de la temporalidad en el sistema sanitario cerraría por mucho tiempo la posibilidad de cambiar la situación, pues en los años próximos es previsible la jubilación de un porcentaje muy amplio del personal sanitario más cualificado, en especial los médicos, perteneciente a la generación de los *baby-boomers*.

La posibilidad de introducir reformas en la línea indicada precisa, en todo caso, del amparo de una norma general común, que hiciese acorde las modificaciones que se introduzcan en este campo con la nueva configuración general que adopte el sistema sanitario en su conjunto con arreglo a ella.

### **V.4.2. LAS POLÍTICAS DE FORMACIÓN DE LOS GESTORES DE LOS CENTROS DEL SNS**

Las reformas de la gestión de éstos que han tenido lugar a lo largo del desarrollo del SNS dieron lugar a distintas etapas en el nombramiento de gestores de sus instituciones sanitarias, que finalmente han terminado por converger en los nombramientos de “gerentes” de los centros. Nombramientos que recaen en personas de diferentes titulaciones, con frecuencia médicos sin experiencia de gestión previa alguna, por razones de proximidad ideológica o política al gobierno de turno en cada CA, que en la práctica no asumen ninguna responsabilidad por la gestión que llevan a cabo, ni dan cuenta a ninguna instancia por los resultados obtenidos, y están sólo sometidos a la arbitrariedad de su nombramiento.

No hay establecidos requisitos de acceso ni procesos de formación previos formalizados para acceder a esos puestos. Es, sin embargo, manifiesto el predominio que, ante la pasividad de las instituciones públicas, desde la Escuela Nacional de Sanidad (que forma parte del Instituto de Salud Carlos III y, en consecuencia, viene dependiendo desde 2008 de otros Ministerios ajenos al de Sanidad, en la actualidad el de Ciencia e Innovación) a las existentes en diferentes CCAA, han adquirido los títulos emitidos por numerosas escuelas y consultoras privadas, con una orientación acorde a su propia naturaleza e intereses.

La necesidad de profesionales competentes para llevar a cabo una gestión eficiente de las instituciones sanitarias públicas, que consumen una parte sustantiva de los presupuestos sanitarios de las CCAA, se puede satisfacer de manera más adecuada, y más acorde con sus propias especificidades, definidas en función de su contribución al carácter universal e igualitario de la protección sanitaria dentro de los límites presupuestarios marcados por las administraciones públicas, mediante el establecimiento de mecanismos de acreditación de las capacidades de gestión de los profesionales que pretendan a acceder a esas funciones, procesos formativos específicos homologados impartidos por las Escuelas de salud pública y administración sanitaria existentes, dependientes de la AGE y las CCAA, y el establecimiento de regímenes específicos de contratación para acceder a las mismas.

Esos cambios necesitan el soporte legal, pero sobre todo el marco general, de una norma como la que proponemos, que establezca una nueva organización y unas nuevas reglas de funcionamiento del SNS, y que haga acordes las características institucionales y organizativas de los centros, con sus órganos de gobierno y con las condiciones de quienes lleven a cabo su gestión, así como las responsabilidades que asuman por ello.

### **V.4.3. LAS POLÍTICAS DE “ORDENACIÓN” DE LAS PROFESIONES SANITARIAS**

La imagen de “trabajo en equipo” en el sistema sanitario que se

dedujo de esas primeras fases de la pandemia no se corresponde, sin embargo, con la realidad y, aunque la pandemia sigue actuando como tampón para que se expresen conflictos que se venían manteniendo desde hace años entre distintas profesiones, a medida que la intensidad de la pandemia se reduce, hay una tendencia manifiesta a que esos conflictos, guiados por las representaciones corporativas de las profesiones respectivas, vuelvan a salir a la luz.

El origen más inmediato de esos conflictos entre profesiones está en la norma, la Ley 44/2003, llamada “de ordenación de las profesiones sanitarias”, por la que se reguló (“ordenó”) el ejercicio de todas ellas en conjunto, a la vez que se promulgaba el Estatuto Marco del personal del SNS. En ella, las profesiones que se definen como “sanitarias” (una definición que podría resultar innecesaria conforme a otros criterios) se han caracterizado por establecer sus límites en función de la supuesta exclusividad por parte de cada una de ellas, agrupadas en torno a un título académico, en el desarrollo de funciones o actividades concretas que, una vez definidas, no podrían ser desarrolladas por cualquier otro personal que no posea la titulación que habilita para ello.

Tales definiciones de funciones y actividades “propias” se han utilizado a su vez de manera preferente para garantizar la reserva de puestos de trabajo para determinadas titulaciones en las plantillas de los centros sanitarios, en especial los de los centros “propios” del SNS, impidiendo, incluso con el recurso a conflictos legales, que la realización de determinadas actividades por personas que no dispongan de la titulación que se pretende proteger suponga una reducción de los puestos de trabajo que estuvieran ocupados por personas con esa titulación.

Son buenos ejemplos de ello los conflictos promovidos por la representación corporativa de la profesión enfermera con los técnicos de diferentes especialidades (laboratorio, anatomía patológica, radiología, medicina nuclear) para impedir la punción en vena por parte de éstos, y justificar con ello la necesidad de enfermeros en las plantillas de esos servicios. Lo mismo el activismo

de la Organización Médica Colegial contra cualquier desarrollo normativo que pudiera parecer un avance de la profesión de enfermería en cuanto a sus roles avanzados, concretada —aunque no solo— en los recursos contencioso-administrativos sistemáticos contra todos los planes docentes aprobados de las especialidades enfermeras a partir del RD 450/2005. O la insistencia por parte de la organización enfermera colegial en obtener el reconocimiento mediante norma, de la habilitación general de la profesión para realizar la prescripción de ciertos tipos de medicamentos, una habilitación que en otros países está reservada a determinados grupos (la llamada “enfermería de práctica avanzada”) (150). Un reconocimiento que se hizo efectivo primero mediante el RDecreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros, modificado luego por el RDecreto 1302/2018, de 22 de octubre, por las dificultades de aplicación del anterior.

Las mismas dificultades administrativas han caracterizado hasta ahora la realización de actividades y funciones que se realizan a día de hoy en los centros sanitarios por profesionales de otras titulaciones superiores no reconocidas inicialmente como sanitarias, como los psicólogos o los biólogos. Cuando el reconocimiento de esas funciones se ha impuesto como inevitable y necesario, las dificultades se han trasladado a la definición de las categorías respectivas en las plantillas de los centros sanitarios, en especial las de los centros propios del SNS. En este sentido, la Ley de ordenación de 2003 supuso un retroceso que llevó a que, en ese ámbito, profesionales que venían desarrollando su trabajo en una situación homologable a la de los médicos, fueran desde entonces relegados a condiciones laborales y retributivas de nivel inferior al de éstos, perjudicando de esa forma el ejercicio de su labor.

Otro de los desarrollos que proyectan la tendencia a convertir la regulación de las profesiones sanitarias en un mecanismo de definición de funciones propias de cada una y, en este sentido, en un instrumento al servicio de la garantía y reserva de puestos de trabajo por quienes dispongan de la correspondiente titulación, es el

desarrollo de las especialidades. Se trata de un terreno reservado inicialmente sólo a los médicos que, sin embargo, en desarrollo de lo previsto en la ley, se ha extendido después a otras titulaciones superiores y al personal de enfermería. Por otra parte, el número de especialidades reconocidas en España, en especial en el ámbito médico, es significativamente superior al de las existentes en la mayoría de los países europeos, e incluso está prevista en la Ley una forma de ampliación mediante el reconocimiento de “áreas de capacitación específica” dentro de diferentes especialidades. Pese a todo, la demanda de reconocimiento de nuevas especialidades no parece tener fin.

Se trata de situaciones que interfieren de manera importante en el funcionamiento del sistema sanitario en su conjunto, y que, por otra parte, carecen de referencia comparable en cualquier otro país desarrollado, en los que lo prioritario es el trabajo en equipo de profesionales de distinta titulación, con modalidades y formas de relación entre ellas que se pretenden adaptar a la evolución de las tecnologías sanitarias y la conformación de la actividad sanitaria que se deriva de su introducción. Esas situaciones se deben resolver con una nueva Ley específica que adapte el ejercicio de las profesiones a las nuevas realidades sanitarias, y al nuevo marco que debe definir una nueva ley general de sanidad.

### **V.5. DÉFICITS ESPECÍFICOS OBSERVADOS EN EL MANTENIMIENTO DE LAS CONDICIONES UNIVERSALES DE LA PROTECCIÓN SANITARIA DURANTE LA PANDEMIA**

Los déficits observados en este terreno han afectado a dos aspectos diferentes.

#### **V.5.1. EL PROBLEMA DEL MANTENIMIENTO DE SISTEMAS DIFERENCIADOS DE PROTECCIÓN SANITARIA A TRAVÉS DE ENTIDADES PRIVADAS AL MARGEN DEL SNS PARA DETERMINADOS COLECTIVOS.**

Los términos de este problema se definen por el incumplimiento, treinta y cinco años después de la promulgación de la Ley General de Sanidad, de 1986, de las previsiones establecidas en la Disposición Final Segunda de aquella ley de acompañar la universalización del ejercicio del derecho a la protección sanitaria con la integración en un único Sistema Nacional de Salud de los mecanismos y los medios para hacerla efectiva. Lo que permite que los colectivos incluidos en las Mutualidades de funcionarios (MUFACE, MUGEJU e ISFAS) mantengan un sistema diferenciado de protección, que, además, permanece como prestación de su régimen especial de Seguridad Social, rompiendo con ello las previsiones del Pacto de Toledo de separar la financiación de las prestaciones contributivas de las no contributivas y generales, como las sanitarias. Un sistema de protección diferenciado que les permite además ejercer como derecho (no definido como tal, pero ejercido en la práctica) el de optar por recibir la atención a través de las instituciones y servicios del SNS, o bien obtener la atención sanitaria a través de compañías de seguro privadas concertadas al efecto, en condiciones de cambio posible de la opción al menos con carácter anual, y restricciones (y mecanismos de “recontratación” de la cobertura con el SNS para determinados grupos de población por las aseguradoras privadas) según el lugar de residencia. Opción por recibir la atención con medios privados por la que se decanta más del 80 % de los colectivos a los que se ofrece, cerca de 2 millones y medio de funcionarios de unos y otros cuerpos y grupos.

Los efectos sanitarios de esa situación especial y otras semejantes en términos de desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios, sobre todo a la atención especializada sin tener que pasar por la puerta de entrada de la atención primaria (151), reservada para la población general cubierta por el SNS, se vienen describiendo desde hace tiempo (152).

Esos efectos reproducen un patrón semejante al que se da en otros países (153), en los que la capacidad de acceder a seguros privados incrementa las desigualdades generadas por el nivel de renta en el acceso a los servicios de salud. Trabajos más recién-

tes (154; 155) con datos procedentes de las Encuestas Nacional y Europea de Salud permiten confirmar que la población cubierta por el SNS, además de hacer un menor uso de los servicios especializados, espera casi el doble en promedio que la cubierta por las mutualidades para consultar con el especialista (54 días frente a 30), y que las diferencias en el tiempo de espera antes de un ingreso hospitalario entre unos y otros son más de 4 veces menores a favor de los mutualistas (1,4 meses frente a 5,8). Por otra parte, todo ello contrasta con un peor estado de salud autopercebido (156) y una mayor presencia de enfermedades crónicas por parte de la población cubierta por el SNS (157); la concentración en éste de la población con menor nivel de renta (158); una mayor concentración en el mismo de los factores de riesgo (159) para la salud más importantes; e incluso un menor grado de apoyo social y posibilidades de contribuir al cuidado de los enfermos (160) .

Otros datos aún más recientes muestran que son de clase media-baja el 70% de quienes sólo tienen la atención sanitaria del SNS, mientras que son de clase media-alta el 87% de los mutualistas y el 68% de los que disponen de un seguro médico privado. Estos dos últimos grupos consultan menos al médico de familia, pero más al especialista, que quienes sólo tienen la sanidad del SNS, pese a ser más jóvenes, sanos, ilustrados y ricos (161).

Todos esos factores deberían ser determinantes de una mejora del acceso a los servicios de salud por parte de la población con mayor necesidad de atención sanitaria, y no a la inversa, como parece ocurrir como consecuencia del mantenimiento de esos sistemas especiales de protección.

La situación tiene, sin embargo, no sólo consecuencias en la generación de niveles y grados de protección sanitaria distintos, sino también de carácter económico y ruptura de las economías de escala que se derivarían de una utilización universal de los recursos (162; 163). A estos efectos no parece excesivo suponer que con una buena gestión de los recursos del SNS sería posible atender a toda la población de estos colectivos, residente en la mayoría de las CCAA. Y que la adición de la población residente

en cada una de ellas que en el momento actual recibe la atención a través de otros sistemas específicos, públicos o privados, a la que ya atiende con medios propios el SNS, no supondría que en general se pudieran plantear problemas previsibles de imposible solución.

Por otra parte, desde el punto de vista presupuestario, la inclusión de toda la población en un único sistema de atención debería tener la consecuencia de que al menos una parte de la cuantía dedicada a la atención exclusiva de determinados grupos de población específicos pasase a hacerse efectiva a través de los presupuestos del SNS para la atención de la totalidad de la población (una consecuencia que hasta ahora no se ha producido cuando, en ocasiones concretas, se ha añadido la protección de determinados grupos de población específicos al SNS, entre ellas cuando la atención de los “cupos” de beneficencia municipal y provincial se incluyó en la atención del SNS (164).

Con todo, el efecto más importante de la persistencia de esos sistemas de protección diferenciada, no es la contribución a ese ejercicio desigual de un derecho constitucional ciudadano que, como tal, debería ejercerse en condiciones de igualdad, sino su impacto político, de naturaleza profundamente antidemocrática: a los colectivos cubiertos por esos sistemas especiales, entre los que se encuentran ministros, cargos y funcionarios de todos los Ministerios, y en especial de aquéllos que gestionan las tres Mutualidades funcionariales de manera independiente del M<sup>o</sup> de Sanidad, que sólo coordina y “gestiona” el SNS, se les dota de la capacidad de intervenir de manera decisiva en la definición de las reglas que se aplican a la organización y gestión del SNS, incluidas las de carácter económico (como el sistema de financiación, o los recortes aplicados al SNS, que no se aplican, a estos sistemas), a la vez que, al disponer de sus propios dispositivos y recursos asistenciales privados, quedan excluidos de las consecuencias de las medidas que se aplican a quienes reciben la atención sanitaria del propio SNS.

Mantener esa situación, sin incluir la gestión de las Mutualida-



des en la gestión común del SNS, como preveía hace ya treinta y cinco años la LGS, y después el pacto de Toledo, ha sido un criterio legal sostenido, sin embargo, de manera expresa por los dos partidos que han ejercido desde entonces el gobierno de la nación:

— El PSOE lo hizo así aprovechando la Ley 33/2011, General de Salud Pública, en cuya disposición adicional sexta, dirigida, aunque se incluyera en una norma sin nada que ver con el asunto central de la misma, a la “*extensión del derecho a la asistencia sanitaria pública*” a determinados colectivos (parados sin subsidio, abogados, una parte del clero, trabajadores por cuenta propia, y otros), con la que supuestamente se pretendía alcanzar la universalidad de la atención, se incluyó una disposición a esos efectos: el apartado segundo de esa disposición adicional establece que “*lo dispuesto en el apartado anterior no modifica el régimen de asistencia sanitaria de las personas titulares o de beneficiarias de los regímenes especiales de la Seguridad Social gestionados por MUFACE, MUGEJU o ISFAS, que mantendrán su régimen jurídico específico*”.

— Por su parte, el PP dictó el Real Decreto-Ley 16/2012. Como es bien conocido, éste introdujo numerosos recortes personales y materiales en la cobertura sanitaria, convirtiendo ésta en un derecho restringido a la población “asegurada”; lo que suponía desvincular el derecho constitucional a la atención sanitaria de la condición ciudadana, y excluir del ejercicio del mismo a diferentes colectivos de ciudadanos españoles y extranjeros. Elevó, además, el nivel de los copagos farmacéuticos de todos, incluidos los pensionistas, hasta entonces exentos de ellos, e introdujo la posibilidad de imponer otros para el consumo de otros productos y servicios. La misma norma contiene, sin embargo, en su artículo 1.1, que modifica la redacción del artículo 3 de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del SNS, una cláusula para los mutualistas de contenido literal idéntico al de la norma anterior, que les sirvió además para quedar excluidos de varios de los recortes sanitarios impuestos por el Real Decreto-Ley.

— A su vez, el PSOE, al acceder de nuevo al Gobierno en 2018,

dictó el Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, que pretendía revertir algunos de los contenidos del RDecreto-Ley 16/2012 citado, en particular el relativo a la exclusión del derecho a la protección sanitaria de los inmigrantes en situación irregular. Aunque los efectos respecto a esa cuestión de la nueva norma, que por razones diversas no ha sido todavía consolidado por el Congreso en forma de ley, son discutibles (165), lo más importante y destacable de la misma respecto al mantenimiento de los regímenes especiales de protección de las Mutualidades es que el Real Decreto Ley 7/2018 contiene por tercera vez, en su artículo primero, apartado Uno, por el que se modifica de nuevo el artículo 3 de la Ley de cohesión y calidad del SNS, un apartado 4 con una cláusula de contenido literalmente idéntico al reproducido previamente.

Las disposiciones anteriores, todas ellas de rango legal, que consagran el mantenimiento del apoyo de los dos partidos mayoritarios a la situación actual de la atención sanitaria prestada por las Mutualidades de funcionarios citadas sin introducir en ella ninguna modificación sustantiva, pone de manifiesto la fortaleza de ese apoyo, pero no las razones que lo justifican.

Las actitudes de tolerancia partidaria de la situación descrita, no acaban, sin embargo ahí. Por el contrario, se extienden más allá a las de las iniciativas sucesivas que se vienen desarrollando desde la Dirección de cada Mutualidad, desempeñada habitualmente por altos funcionarios de los cuerpos incluidos en el ámbito de las propias Mutualidades. Esas iniciativas se han orientado siempre a consolidar y no poner en cuestión, de manera contradictoria con los principios constitucionales de universalidad e igualdad en la cobertura y el acceso a la cobertura sanitaria pública, el mantenimiento e incluso la ampliación de los márgenes de actuación de las mutualidades, lo que incluye mecanismos diversos.

Uno de ellos consiste en tratar de mantener el volumen total de personas cubiertas por la atención privada ofrecida por las mutualidades, bien mediante la posibilidad de opción por la atención privada de determinados grupos de funcionarios que deben

integrarse de manera obligatoria en la asistencia prestada por el SNS por acceder a nuevas plazas, o por la extensión de su cobertura a “beneficiarios” de los titulares de las mismas.

El segundo mecanismo, que es el más extendido, facilita las situaciones de doble cobertura mutualista y del SNS, que se estima pueden alcanzar hasta a un 30% del conjunto de personas incluidas en la cobertura de las primeras. Esta situación se ve favorecida por la relación directa de las mutualidades con el INSS, que, con arreglo a lo previsto en el RDecreto-Ley 16/2012, gestiona la base de datos de la población con derecho personal a la asistencia sanitaria, e incluye con un código de registro diferente, y no sometido a ningún control previo, a los titulares y beneficiarios de las mutualidades.

La tolerancia partidaria supone, sin embargo, también la ignorancia voluntaria y reiterada de la mala gestión que realizan las Mutualidades en distintos terrenos relacionados con la atención sanitaria que prestan, que han sido puestos de manifiesto por numerosos informes del Tribunal de Cuentas: es el caso de la prestación farmacéutica, en cuya gestión, conforme a los recientes criterios del Tribunal, las tres Mutualidades han incurrido en numerosas irregularidades (166; 167; 168; 169; 170; 171; 172 ; 173).

Lo importante en todo caso no es tanto o sólo la eficacia limitada de iniciativas como las indicadas. Lo más importante es la capacidad de la que disponen las unidades que gestionan las Mutualidades, y los cuerpos que nutren sus cargos, vinculados a departamentos que forman parte del “núcleo duro” del Gobierno, en particular los económicos, para introducir disposiciones en las normas generales que sólo benefician la conservación de sus propios privilegios en materia de atención sanitaria, a la vez que detentan la posibilidad de influir de manera directa en las disposiciones que regulan con carácter general la atención sanitaria de la mayoría de la población. Y también de bloquear aquellas otras que pudieran poner en peligro el mantenimiento de su situación privilegiada.

De las primeras puede servir de ejemplo durante la pandemia

el informe emitido por la Abogacía del Estado, conforme al cual el coste de los ingresos Covid en los centros públicos de pacientes pertenecientes a las Mutualidades que han optado por la asistencia sanitaria a través de aseguradoras privadas correspondería a las CCAA (174), un criterio al que cabría oponer números argumentos razonables a los utilizados por la Abogacía del Estado para efectuar su recomendación.

Mientras tanto, diferentes CCAA han adoptado criterios económicos distintos para retribuir la derivación de pacientes de covid con cobertura pública en caso de necesidad por la saturación hospitalaria (175; 176). Mientras que los centros privados, que comenzaron solicitando el pago de la atención prestada a pacientes derivados desde los servicios públicos (177), pasaron a ampliar su demanda a la indemnización por las pérdidas en las que habrían incurrido por *“la conjunción de la inacción preventiva, las medidas tardías y la precipitación y no matización de ciertas disposiciones... (que) han abocado a los centros sanitarios privados a una situación gravemente perjudicial caracterizada por la pérdida de actividad e ingresos, la incursión en costes irracionales e innecesarios y la discriminación empresarial frente a otras entidades, que deben ser considerados como daños antijurídicos susceptibles de una indemnización integral”* (178; 179). Una demanda que, derivada hacia las CCAA y tramitada mayoritariamente por vía judicial, ha generado respuestas diferentes por parte de éstas (180).

*“Fuentes cercanas a la mutualidad”* difundían también durante el mes de junio la idea de constituir a las Mutualidades como *“la vigésima región del Interterritorial”* para facilitar su gestión (181). Una demanda que carece de base constitucional razonable alguna, por cuanto supondría reconocer en la práctica diferencias no previstas en la propia Constitución Española en el ejercicio del derecho a la protección sanitaria y la descentralización a las CCAA de su gestión.

Por su parte, el mantenimiento de sistemas diferenciados de protección sanitaria a través de entidades privadas al margen del SNS para las Mutualidades de funcionarios ha añadido dificultades importantes, resueltas de manera arbitraria y sesgada, para la

adopción y el seguimiento de distintos tipos de medidas durante la pandemia. Entre ellas, la detección de casos y contactos y su seguimiento y control (182); el establecimiento de zonas territoriales de aislamiento; o la distribución de vacunas con criterios de prioridad comunes (183), cuando para la aplicación de cualquiera de esas medidas se ha tomado como base la organización y el funcionamiento del propio SNS.

Por último, desde las Mutualidades se ha contribuido a bloquear y descartar por los departamentos ministeriales a los que están adscritas, y por el Gobierno en su conjunto, diferentes medidas que se han venido proponiendo desde distintos foros, orientadas a reducir de forma paulatina las irregularidades observadas en su gestión, y a integrar finalmente a aquéllas en el SNS. Entre esas medidas, propuestas en distintos momentos a lo largo de los últimos años, se han incluido al menos dos de carácter estructural:

— En primer lugar, la cesión de las bases de datos de cobertura sanitaria de las mutualidades a la base de datos de población protegida por el SNS, que mantiene por el momento el INSS, que, debería ser transferida en su conjunto al M<sup>o</sup> de Sanidad. Eso permitiría reducir hasta hacerlas desaparecer las duplicidades de cobertura, difíciles de estimar, pero que siguen existiendo entre ambos sistemas, y que, por el contrario, pueden tender a aumentar si se siguen las políticas de ampliación de la población cubierta por las Mutualidades promovidas desde éstas.

— En tanto se producen los ajustes legales necesarios para convertir la prestación sanitaria hoy contributiva de las Mutualidades en una prestación universal vinculada a la condición de ciudadanía española, los órganos que gestionan aquélla, y los presupuestos que gestionan, deberían integrarse con el rango y la independencia adecuados en el organigrama y la gestión del M<sup>o</sup> de Sanidad, con el fin de facilitar la integración progresiva de las prestaciones sanitarias de las Mutualidades con las del SNS, y hacer desaparecer las diferencias injustificadas que existen entre ellas. Una medida semejante se ha adoptado en Portugal, donde se daba una situación similar de funcionarios civiles y militares

dotados de sistemas diferenciados de protección sanitaria en el contexto de un sistema especial de Seguridad Social, que pasaron a depender en 2017 de un mismo organismo (Instituto de Proteção e AssistêncianaDoença) del que depende la protección sanitaria de la población general, bajo la tutela conjunta del M<sup>o</sup> de Sanidad para las prestaciones sanitarias, y del de Finanzas para las económicas (184).

Por el contrario, aquí la persistencia intocada, y en apariencia intocable, de las Mutualidades, cuyo mantenimiento apoyan vivamente distintos sindicatos de funcionarios, incluidos los de clase, pero también los policiales con especial vigor, tiene también los efectos que se han descrito más arriba, en detrimento de las condiciones universales e igualitarias de la protección sanitaria que la Constitución previó.

Aunque no es posible probar una relación de causalidad directa entre el mantenimiento de las Mutualidades y el desarrollo imperfecto y limitado del sistema sanitario que ha tenido lugar, es igualmente cierto que, durante el largo plazo en el que su presencia ha seguido permaneciendo, ninguna reforma propuesta del sistema ha resultado eficaz para superar las deficiencias de las que adolece el SNS, a las que refiere este informe.

Una justificación razonable para ello es que el mantenimiento de las Mutualidades constituye una vulneración flagrante de los principios universales de universalidad e igualdad en el acceso a la protección sanitaria previstos en la Constitución española, por lo que, mientras que se mantenga esa situación, cualquier reforma que se plantee que pretenda orientarse al desarrollo efectivo de esos principios, tiene hipotecada su credibilidad en tanto no se resuelva la misma.

El indicador más significativo de las posibilidades de éxito de cualquier proyecto de reforma sanitaria es, por eso, que su propuesta se acompañe al menos de medidas de modificación de su gestión y dependencia como las que se han mencionado más arriba, como inicio de su integración definitiva en el SNS. Medidas que, en consecuencia, se deberían incluir en una nueva norma

que modifique la organización constitutiva del SNS, y desarrolle de manera adecuada lo que la Ley General de Sanidad no culminó.

### V.5.2. LA TENDENCIA AL DESARROLLO AUTÁRQUICO DE CADA SERVICIO AUTONÓMICO DE SALUD

La mejor y más viva descripción de la limitaciones para el SNS que se derivan del desarrollo que se ha hecho del traspaso efectivo de las competencias sanitarias a las CCAA, y de la manifestación de esas limitaciones que ha dejado al descubierto la pandemia, se puede encontrar en el texto del ensayista Juan Claudio de Ramón (195), que se reproduce a continuación de manera parcial:

*”Se llama Central Remota para las Operaciones de Socorro Sanitario (CROSS en sus siglas) y tiene una tarea fundamental: cuando una región agota las camas disponibles en sus hospitales, el sistema se activa buscando soluciones para el traslado de los pacientes a estructuras hospitalarias de regiones limítrofes. ¿España? Va a ser que no: Italia. Un país que, al igual que el nuestro, tiene su sanidad descentralizada por mandato constitucional igual que el nuestro. En lo peor de la pandemia, durante los 67 días transcurridos desde el 9 de marzo hasta el 20 de mayo, fueron 116 los italianos pacientes de COVID-19 u otras enfermedades que, mediante ambulancia, helicóptero o avión, fueron transferidos de su lugar de residencia a una región que podía darles cuidado. También en Francia, al saturarse las capacidades sanitarias de París, se medicalizaron trenes de alta velocidad para trasladar pacientes a regiones menos golpeadas por el virus<sup>1</sup>.*

1 La creación de esa Central Remota de Operaciones, integrada en el Sistema de Protección Civil italiano, se llevó a cabo mediante una norma de 2016 (186), y su localización se sitúa en la provincia de Pistoia-Empoli, en la región de Toscana (187). Dos años después se ampliaron sus instalaciones (188) para facilitar su actividad, que supone coordinarse con las autoridades sanitarias de cada región. Por su parte, cada una de éstas debe nombrar un “Referente sanitario regional para las emergencias” (RSR), cuyo nombramiento debe comunicarse formalmente a la Estructura regional de protección civil respectiva, al M<sup>o</sup> de Sanidad, y a la Prefectura correspondiente a cada territorio. La función de ese Referente es garantizar la coordinación entre el sistema sanitario regional y el sistema de protección civil en la planificación y la respuesta a las situaciones

*Nada de esto ocurrió en España. El Ministerio de Sanidad español llegó a anunciar que contemplaba la movilidad intercomunitaria de pacientes y el Ministerio de Fomento dijo haber medicalizado vagones de tren que, sin embargo, nunca fueron usados. La falta de protocolos claros y conocidos dejó los casos de traslados entre comunidades en anecdóticos. En Murcia se recibieron dos pacientes de Albacete. El préstamo de equipamientos sanitarios tampoco fue un recurso optimizado. El presidente gallego Núñez Feijoo tuvo que defender en el parlamento de Galicia la decisión de enviar respiradores a Madrid en el pico de la crisis”.*

Las diferencias entre CCAA en la incidencia de la pandemia durante distintas fases de ésta han sido evidentes. También las desigualdades importantes que, como consecuencia, se han producido entre ellas en la saturación de los hospitales en determinados momentos, en especial de las UCIs. Conforme a la descripción citada, han sido también manifiestas las limitaciones en la respuesta a situaciones como éstas que se han dado en España. Unas y otras tienen en todo caso que ver directamente con la forma en que se ha desarrollado el proceso de descentralización, y con el diseño igualmente limitado de los instrumentos de coordinación necesarios para resolver problemas como los citados.

En cuanto a la primera cuestión, la configuración del SNS en la Ley General de Sanidad de 1986 como una entidad sin personalidad jurídica propia resultante de la suma de los servicios de salud de cada una de las CCAA se ha traducido de hecho en la concentración de la organización y el desarrollo de cada uno de ellos para constituirse como una entidad solamente responsable de la protección de la salud de los ciudadanos residentes en su propio territorio, rompiendo en fragmentos distintos lo que la Constitución previó como un sistema de protección único, universal e igualitario.

---

de emergencia. Las decisiones de atender a las demandas de las regiones en situaciones concretas se adoptan y se coordinan a través de CROSS, que mantiene una red propia de información soportada desde los Referentes de todas las regiones. Durante la pandemia los mecanismos de traslados de pacientes entre regiones se han activado en diferentes ocasiones, afectando a varias de aquéllas (189).



La asimetría temporal del desarrollo del traspaso competencial de la asistencia sanitaria, al que se hace referencia en el capítulo siguiente, provocó además que la forma de expresión de los problemas de ese desarrollo autárquico de sus servicios sanitarios por cada CA fuera distinta en distintas fases del proceso de traspasos, hasta completarlo en enero de 2002.

Hasta ese momento, el traspaso de esas competencias a sólo 7 CCAA (el 40% de ellas), cuya población suponía, sin embargo, el 60% de la población, provocó sólo algunos problemas puntuales de rechazo de la atención de pacientes de algunas CCAA por alguna otra de las que habían recibido los traspasos. Hay que tener en cuenta que para la mayoría de las CCAA que no los habían recibido todavía, y que carecían de medios en su propio territorio para atender determinadas patologías en los centros de su propio territorio que seguía gestionando el INSALUD, los centros dependientes de éste situados en la Comunidad de Madrid, que no recibió tampoco su traspaso hasta enero de 2002, siguieron actuando hasta esa fecha como garantes de la atención de los pacientes con esas patologías, sin necesidad de mayores trámites, y mediante la relación directa entre los centros del INSALUD de la CA de origen y los situados en la Comunidad de Madrid, que disponían de los medios de diagnóstico y tratamiento necesarios.

Que una parte de esos pacientes procedentes de CCAA que no habían recibido el traspaso de la asistencia sanitaria fueran atendidos en centros de CCAA, especialmente Cataluña, que sí lo habían recibido, dio lugar a que, en determinadas operaciones de ampliación de crédito que tuvieron lugar en esos años, la estimación, nunca sometida a una justificación exacta de la cifra estimada en cada caso, e incluso la valoración igualmente estimativa, del coste de la atención prestada en función de la complejidad de los casos atendidos, sirviera de base para determinar el reparto de fondos adicionales a esas CCAA, que siempre fue profundamente asimétrico a favor de Cataluña.

Por el contrario, durante esa fase hasta enero de 2002, la demanda de compensaciones económicas por la dispensación y el

pago de recetas de personas “desplazadas” fundamentalmente por razones vacacionales a CCAA que sí habían recibido esos trasposos, principalmente Andalucía y la Comunidad Valenciana, no fue tenida en cuenta para esas compensaciones adicionales.

Durante ese plazo tuvo lugar también un desarrollo unilateral de las tarjetas sanitarias propias de cada una de las CCAA como instrumento de acreditación del derecho a la protección sanitaria. Lo característico del desarrollo de las mismas es que, dentro de unos contenidos mínimos comunes que se establecieron tras arduas negociaciones con todas las CCAA que habían recibido el traspaso de la asistencia sanitaria, su diseño fue diferente por cada una de ellas, lo que hizo que no fueran inicialmente interoperables. Eso supuso una dificultad añadida para hacer el cálculo, y mucho menos compensar de manera ajustada a la realidad, la atención prestada en una CA diferente de la de residencia propia, y menos aún las recetas expedidas en las mismas condiciones.

2002 marcó un cambio sustancial en esas tendencias en varios sentidos diferentes:

a) Tendencia al funcionamiento autárquico completo de cada servicio autonómico de salud.

En primer lugar, una vez completado el traspaso de la asistencia sanitaria a la totalidad de las CCAA, cada una de ellas se sintió justificada y estimulada para desarrollar al completo sus servicios, de manera que para ninguna prestación, patología ni especialidad tuviera que depender de otra CA. Esa tendencia ha derivado en un aumento del gasto, provocado por la eliminación de las economías de escala que se podrían derivar de un funcionamiento coordinado y cohesionado del sistema. Pero también derivó en desigualdades importantes en los resultados obtenidos en el diagnóstico y tratamiento de distintas patologías, a las que se ha hecho ya referencia (120), que precisan de una población tributaria del uso de esos servicios que garantice los niveles de actividad y experiencia suficientes para garantizar la calidad de la prestación de los mismos.

El cierre de esos trasposos supuso además de hecho el de los circuitos informales de la relación profesional entre centros que facilitaba hasta entonces la remisión habitual de pacientes a centros situados en otras CCAA, y su sustitución por procesos burocráticos que dificultan la fluidez de esas operaciones, y empeoran y hasta impiden garantizar el acceso a la misma atención necesaria en condiciones iguales.

b) Intentos de regularizar el desplazamiento programado de pacientes mediante el Fondo de Cohesión, y sus limitaciones.

La evidencia de las consecuencias nocivas que se derivan de la tendencia autárquica al desarrollo de la totalidad de los servicios por cada una de las CCAA llevó en 2006 a tratar de regularizar el desplazamiento programado de pacientes entre CCAA. Pero al hacerlo, mediante la regulación de la gestión del Fondo de Cohesión (190), que había sido creado en 2001, como parte del nuevo sistema de financiación aprobado de manera simultánea con el cierre de los trasposos de la asistencia sanitaria a las CCAA, lo sometió a varias limitaciones muy concretas:

— En primer lugar, su enfoque primordialmente económico: de lo que se trataba era de garantizar el pago a un precio tasado de la intervención realizada a la CA en la que se lleva a cabo, ni siquiera al centro que la practica, que no puede utilizar como incentivo para mejorar su rendimiento la capacidad de atraer pacientes de otras CCAA. Por su parte, la CA “emisora” no sufría detrimento alguno en su financiación ordinaria, sino que se trataba de una financiación adicional prevista en el propio sistema de financiación sanitaria;

— En segundo lugar, se limitaba a las actuaciones previstas en el anexo de la norma, exigía para su aplicación que la CA remitente carezca de los medios necesarios para llevar a cabo la intervención (con independencia de la distancia geográfica más lejana que pueda haber con los centros que dispongan de esos medios en la propia CA);- y excluía del mecanismo de compensación cualquier razón de confianza personal, incluso por intervenciones previas u otras similares, o de relación entre profesionales,

que pueda justificar el desplazamiento, dejando fuera del mismo el producido por decisión del paciente, y sometiendo su realización a la tramitación burocrática que la norma impone (191).

Este Fondo, que llegó a estar dotado con 150 millones de euros anuales, fue disminuyendo su cuantía presupuestaria hasta 2 millones de euros en 2015, para desaparecer en 2016 (192). La Ley 11/2020, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2021, que recuperó su dotación con 34 millones de euros, limitó en todo caso su uso a la compensación de la asistencia sanitaria a pacientes residentes en España derivados entre comunidades autónomas para su atención en centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud, a la que se refiere el párrafo siguiente. Y excluyó, por el contrario, de manera expresa, como ya hacía desde 2015, el abono de ninguna cantidad por el desplazamiento de pacientes por cualquier otra razón, sometiendo el intercambio de pacientes entre CCAA a un mecanismo de liquidación de los saldos positivos y negativos que se pudieran producir conforme a los sistemas de información específicos disponibles.

c) Designación de Unidades o Centros de Referencia para intervenciones novedosas.

Para intervenciones diagnósticas o terapéuticas novedosas, dos años después de la regulación anterior se llegó también a un acuerdo en el ámbito del Consejo Interterritorial para la designación de Unidades o Centros de Referencia (193) para la práctica de cada una de aquéllas, cuya realización se previó compensar desde entonces con cargo al mismo Fondo de Cohesión.

La designación efectiva de estas Unidades no ha contrarrestado una tendencia manifiesta para muchas de estas técnicas o intervenciones novedosas a que cada CA cuente al menos con una para cada una de ellas. El proceso de autorización de centros para la producción de CARTs es el ejemplo más reciente de esta tendencia.

d) Convenios bilaterales entre CCAA colindantes para zonas li-

mítrofes.

Algunas CCAA, sobre todo de entre las situadas en el norte de España, desarrollaron convenios bilaterales para la atención de pacientes, sobre todo en atención primaria, pero también en algunos casos en el ámbito de la especializada, de las zonas limítrofes de las CCAA colindantes (194-199). La evolución de estos convenios ha sido variable, en relación con las distintas épocas presupuestarias que se han atravesado desde que empezaron a firmarse.

e) Problemas generados por tarjetas sanitarias autonómicas diferentes no interoperables.

Los problemas generados por el desarrollo de tarjetas sanitarias diferentes y no interoperables por cada una de las CCAA dio lugar en 2013 a la modificación de la norma que regulaba su creación, disponiendo la generación de una tarjeta sanitaria única e interoperable, a la que habrían de adaptar de manera progresiva su diseño todas las CCAA (200).

El lento desarrollo de la misma ha provocado que sólo a partir de finales de 2020 se haya podido hacer efectiva de manera general la dispensación de las recetas en CCAA diferentes a las de su emisión, mientras que sigue sin ser general la posibilidad de acceder con la misma tarjeta a la historia clínica de cada paciente desde cualquier CA distinta a la de residencia, lo que se limita todavía a un número reducido de casos.

Los retrasos y limitados avances que esas actuaciones han provocado, y las limitaciones ya comentadas en los sistemas de información común del SNS, permiten en todo caso destacar que en la organización actual de la descentralización del sistema sanitario español no hay establecido ningún mecanismo de garantía de que la totalidad de los recursos sanitarios del SNS estén disponibles para la totalidad de los ciudadanos españoles, sea cual sea su lugar de residencia, y previas las disposiciones organizativas que sean necesarias para ello. Un requisito conocido “*portabilidad*” del derecho a la protección sanitaria que en Canadá está establecido

como una de las condiciones básicas de su sistema sanitario, de carácter universal y federal, de cuyo mantenimiento por todas las provincias canadienses y su control, con la posibilidad de aplicar un sistema de sanciones previstas para las provincias que lo vulneren, es responsable el gobierno federal.

Permite también destacar que en España tampoco se han establecido mecanismos de coordinación y cooperación automáticos como los descritos en Italia, un país también de organización sanitaria descentralizada, o en Francia, que permitan compensar las deficiencias asimétricas en recursos necesarios y disponibles que se pueden producir en situaciones de emergencia, como la pandemia actual.

Son carencias cuya superación debería ser el resultado de la experiencia tras la pandemia actual, que no parece posible sin un cambio en el marco general de organización descentralizada del SNS; y también sin un cambio en la orientación preferente de éste, hasta ahora dirigida a convertirlo en la fuente principal de financiación de las CCAA, y no en el instrumento imprescindible para lograr la universalidad y la igualdad en el acceso a la protección sanitaria.

### **V.6. PROBLEMAS DE ABASTECIMIENTOS DE MATERIAL SANITARIO DEL SNS**

Los problemas de disponibilidad de diferentes clases de material sanitario, desde respiradores a equipos de protección individual, material de laboratorio, tests diagnósticos, y otros, que fueron especialmente agudos en los países más desarrollados durante la primera fase epidémica, obedecían a dos clases de razones distintas.

La primera, la cesión generalizada y mayoritaria de la producción de esas distintas clases de material sanitario a países terceros, en buena parte de menor nivel de desarrollo, de la que el principal beneficio obtenido era la reducción de los costes de producción,

especialmente el laboral. La concentración de la producción para muchos países en unas mismas zonas geográficas, especialmente China (201), donde ha tenido el origen la pandemia, desde donde se extendió a un cierto número de países del sudeste asiático<sup>2</sup>, dio como resultado al inicio de ésta condiciones de competencia sin reglas por obtener el material necesario en cada país.

La segunda, la gestión descentralizada de las compras de ese material por parte de muchos países, de gestión sanitaria descentralizada o no. El análisis de los sistemas de abastecimiento de este material, pero también de productos farmacéuticos, de distintos países desarrollados, permite, por el contrario, poner en evidencia las ventajas de los sistemas comunes de compra, y el aprovechamiento de las economías de escala que ello permite, así como el establecimiento de relaciones más fuertes y estables con los proveedores, que favorecen además la posibilidad de modular y ampliar la producción en situaciones de crisis, como la pandemia actual.

Por su parte, la pandemia ha puesto de relieve el interés estratégico no sólo sanitario, sino también económico, del aprovisionamiento de estos recursos a los sistemas sanitarios (lo que incluye también a los medicamentos, a los que se refiere el siguiente apartado de este informe). Un interés que, desde un punto de vista teórico, *“está relacionado con los “eslabonamientos” o “linkages” hacia delante y hacia atrás de ese sector con el resto de la economía”*(203).

Dejando aparte el recurso a medidas “heroicas” en el uso de distintos tipos de equipos de protección (204), o extraordinarias, de estímulo de la producción local de material de otras clases durante la pandemia<sup>3</sup>, los déficits de material de distintos tipos

---

2 Para satisfacer las demandas de este tipo de material de los países europeos, las empresas chinas buscaron además alianzas en países del este europeo, más Turquía y Ucrania (202)

3 En el caso de los respiradores, a finales de marzo de 2020, el gobierno norteamericano recurrió a la autoridad que le daba una ley de la época de la guerra de Corea, hace más de 70 años, la Defense Production Act, para forzar a determinadas fábricas de ciertas empresas norteamericanas (entre otras una fábrica de la General Motors que tenía

durante ésta han llevado a muchos países a plantearse sobre todo el reforzamiento de las redes de producción local. Una vía cuyas limitaciones, si se pretende mantener como única forma de solución, son manifiestas, dado que mucha parte de estos productos (*“incluso una cosa tan simple como son las mascarillas N95, utilizan (para su fabricación) fuentes materiales globalizadas”* (214); lo que hace aún más difícil fragmentar sus cadenas de producción;

previsto su cierre), a producir respiradores en grandes cantidades (205; 206). El compromiso inicial, twiteado según su costumbre por el ex-presidente Trump, fue el poner a disposición de los hospitales 100.000 nuevos respiradores en 100 días, fecha que se cumplía el 13 de julio.

Aunque tal compromiso no llegó a alcanzarse exactamente en sus propios términos, los acuerdos firmados con distintas empresas durante ese plazo llevaron a que el objetivo se duplicara para el mes de diciembre de 2020. Lo que ocurrió pese a que, para entonces, la utilización de respiradores se había puesto en cuestión para muchos casos, por los excesos de mortalidad que se habían observado por su utilización. Una utilización sustituida en sus indicaciones en muchos de esos casos por otros procedimientos menos invasivos, con procedimientos añadidos para determinar aquéllos más susceptibles de mejorar con su aplicación.

El resultado de ese conjunto de circunstancias y de las medidas adoptadas no deja de ser paradójico: para diciembre de 2020 los Estados Unidos disponían de un enorme stock de respiradores, en cifra superior a decenas de miles, que no iban a ser utilizados en sus propios hospitales; cuya producción se había financiado por el Gobierno a un precio superior al de la producción y compra habituales previas; y cuyo destino fue el envío “solidario” a otros países, incluidos algunos cercanos, como Méjico, algunos países europeos (en la información citada se mencionan a Francia, Italia y España), incluso a Rusia y Nigeria, según palabras del propio expresidente Trump, en condiciones económicas que no se conocen, y de las que, en consecuencia, no se pueden deducir los efectos económicos de la operación, ni a quién, persona, entidad o país, pudo beneficiar.

En la producción y el abastecimiento de equipos de protección personal y mascarillas se han producido en distintos países situaciones contradictorias similares (207- 213).



o hacer que esa fragmentación, derivada hacia una producción exclusivamente “local” pueda producir problemas añadidos de calidad y/o disponibilidad de la misma, más aún en situaciones de emergencia (208) .

A juzgar por las informaciones disponibles durante lapandemia que se han citado, conformar por los diversos países desarrollados esos sectores, y orientarlos de acuerdo con el interés estratégico de los mismos que la pandemia ha puesto de manifiesto, es una tarea que no se puede considerar que haya siquiera comenzado. Su dificultad es además que debe combinar la necesidad de vincular en su desarrollo al sector público que, más aún en el caso sanitario, es quien debe dirigir el proceso (215), priorizando el interés público y no los beneficios económicos, con los sectores privados implicados (216).

Durante la pandemia, los problemas del abastecimiento de muchos de estos productos en España han sido semejantes a los observados en otros países, y han tenido repercusiones importantes en distintos aspectos. Entre ellos, se han puesto incluso en relación con la alta morbilidad y mortalidad observada entre el personal sanitario aquí (217;218; 219; 220), de las más elevadas del mundo, en especial durante la primera fase, como consecuencia al menos parcial de las carencias observadas al principio en la dotación de equipos de protección individual.

Por otra parte, las reacciones en España frente a las carencias de diverso tipo de material durante la pandemia se han caracterizado en todo caso por tres peculiaridades:

— La primera, la utilización de las mismas, y los problemas observados en el aprovisionamiento, en particular los sistemas de compras, como instrumento de confrontación con el Gobierno por parte de la oposición en particular por el PP, y de manera específica por la Comunidad de Madrid.

No habían pasado ni quince días desde la declaración del primer estado de alarma, que, pese a su anulación por el Tribunal Constitucional ahora, contó con el apoyo del PP, cuando desde

este partido y, en concreto desde la CA citada, se atribuyó la responsabilidad completa de los déficits de distinta clase de material observados a la decisión del Gobierno de establecer, como complemento a los sistemas de compras de las CCAA que venían existiendo hasta entonces, un sistema centralizado de compras para afrontar con mayores garantías para todas aquéllas los problemas de competencia sin ley que se estaba produciendo en los mercados de estos productos (221).

A esta actitud inicial se le añadieron luego episodios pintorescos de compra unilateral de lotes productos por parte de esa CA en otros países, que no llegaron nunca a su destino, o lo hicieron con enormes retrasos (222).

Con el paso del tiempo y la adopción de otras medidas las aguas volvieron a su cauce, y en oleadas siguientes los abastecimientos no volvieron a ofrecer la oportunidad de mantener la confrontación con el gobierno que había sido al principio, por lo que derivó hacia otros terrenos.

— La segunda peculiaridad es el mayor acento puesto por España, y en concreto por el Ministerio de Sanidad, en relación con el observado en otros países, en la constitución formal de reservas de distintos tipos de materiales sanitarios como vía de solución principal futura de los problemas observados en su abastecimiento.

La iniciativa para constituir esa reserva se anunció a finales de marzo de 2020, a los pocos días de la declaración del estado de alarma (223), y a finales de mayo la Unión Europea anunció una iniciativa similar, con una dotación de 50 millones de euros, financiada al 90% por la Comisión (224), que no pretendía suplir, sino complementar las iniciativas desarrolladas por otros países.

En España, la creación de esa reserva, que fue considerada como una respuesta poco ágil y excesivamente centralizada por algunos expertos (225), continuó en todo caso su camino, incluyendo la referencia a su creación en el Tema 8 (Política farmacéutica, Industria Biosanitaria y Reserva Estratégica) del apartado sanitario

del Dictamen de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica aprobado el 3 de julio (226). Pocos días después, el *Plan de respuesta temprana en un escenario de control de la pandemia por covid19*, aprobado por el Pleno del Consejo Interterritorial el 16 de julio(227), definió los objetivos de la Reserva, su cobertura, los materiales de distinto tipo incluidos en la misma, y la cuantía de las reservas previstas en cada caso.

Por su parte, en el mes de Octubre Castilla-La Mancha (228) promulgaba una Ley propia (229) para constituir su propia Reserva, en la que preveía cantidades para la misma a nivel regional que duplicaban las previstas en el Plan nacional, a la vez que establecía la creación de una corporación específica para la gestión de esa reserva estratégica. Y, como no podía ser menos, en enero de 2021 la Comunidad de Madrid (230) anunciaba su desvinculación de la Reserva nacional, y la creación de la suya propia, a la vez que, en el mismo mes, Valencia hacía público un acuerdo marco propio “*con 93 empresas, el 28% de la Comunitat, (que) garantizarán el suministro de la reserva estratégica de material sanitario de la Generalitat*” (231). Muchas otras han constituido también las suyas bajo formas, localizaciones y modalidades y tiempos de almacenamiento diferentes, de cuyo conjunto no se dispone de información fiable a nivel estatal (222), ni parecen previstos mecanismos de control del mismo nivel.

— La tercera peculiaridad son las resistencias sostenidas a lo largo del tiempo bajo distintas formas para el desarrollo de políticas comunes de compras de material sanitario de distinto tipo, y también de medicamentos, entre las CCAA y a nivel del conjunto del Estado.

La descripción hecha de la tendencia a que cada CA constituyera su propia reserva estratégica de material, sometida a sus propios criterios, forma de funcionamiento y control, es una primera muestra de esta peculiaridad.

La idea de establecer mecanismos de compra común entre las CCAA no es, sin embargo, ninguna novedad. Estaba ya presente en la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986, en cuyo artículo

47, luego modificado por la Ley de cohesión y calidad del SNS de 2003, se atribuía al Consejo Interterritorial (CISNS), órgano de cooperación entre las CCAA creado en la Ley, la definición, entre otras funciones, de *“las líneas básicas de la política de adquisiciones, contrataciones de productos farmacéuticos, sanitarios y de otros bienes y servicios”*.

La atribución de esa responsabilidad a ese órgano, carente de capacidad ejecutiva alguna pese a las repetidas demandas para que se le dote de ella desde diferentes sectores sanitarios y ciudadanos, ha resultado, sin embargo, incompatible con la atribución completa de las competencias sanitarias a las CCAA. Hacerlo así hipotecó desde la promulgación de la LGS la puesta en marcha de mecanismos que, previa racionalización conjunta de las políticas de compras, permitiese la reducción y el control del gasto en los diferentes productos sanitarios. Los costes de éstos han ido creciendo progresivamente, sobre todo en los últimos años, como consecuencia de la incorporación de nuevos productos de distinta naturaleza de gran eficacia, para el tratamiento de enfermedades hasta ahora incurables, pero cuyos precios amenazan la sostenibilidad económica de los servicios de salud.

Pese a ello, las CCAA han preferido siempre dotarse cada una de sus propias políticas y mecanismos de compra y en algún caso incluso descentralizar las mismas a cada uno de los centros que componen sus servicios de salud. El resultado ha sido un aumento del gasto incontrolado, y sobre todo una falta de control y posibilidad de negociación real de los precios, quedando totalmente sometidas a las estrategias de las compañías suministradoras. Hay ejemplos claros que ilustran bien esta afirmación, como los diferentes precios que las CCAA pagan por un mismo producto, situación que llega a ser sorprendente cuando incluso alcanza a los medicamentos de uso hospitalario en centros próximos de dos CCAA distintas, lo que ha venido siendo muy evidente con los medicamentos para el tratamiento de la hepatitis C desde que se inició con el sofosbuvir (232). Esta falta de medidas conjuntas ha sucedido cuando al mismo tiempo las CCAA han venido afrontando desde hace años retrasos en los pagos a los proveedores

y la generación de una importante deuda comercial por muchas de ellas (233), que algunas han complementado con un elevado endeudamiento financiero, inducido al menos parcialmente por esta razón.

La Ley 17/2012, de Presupuestos Generales del Estado para 2013, adoptó distintas medidas para afrontar esos problemas, principalmente la dotación de fondos adicionales a interés cero, y añadió un mecanismo más para facilitar el pago a los proveedores y evitar la generación de nuevas deudas, limitando a la vez las posibilidades de endeudamiento financiero de las CCAA. El mecanismo, previsto en su disposición adicional septuagésimo segunda, suponía la creación de una “central de compras” estatal, a la que se invitaba a las CCAA a adherirse de manera voluntaria, para garantizar el pago a los proveedores.

De las cuatro comunidades (Andalucía, Comunidad Valenciana, Madrid y Castilla-León) que acumulaban en aquel momento más de la mitad de las deudas a laboratorios farmacéuticos y empresas de tecnología sanitaria, sólo Madrid se adscribió inicialmente a la plataforma estatal, comprometiéndose a utilizarla únicamente en los casos en que a través de ella lograrse precios más bajos que los que obtuviera de los proveedores de manera individual.

Como consecuencia del rechazo mayoritario, y después de numerosas negociaciones, la plataforma no llegó a constituirse, salvo para la compra de vacunas, prefiriendo la mayoría de las CCAA seguir manteniendo sus propias relaciones con los proveedores, a través o no de centrales de compras autonómicas o provinciales, dando preferencia a los pagos a los proveedores que considerasen más conformes a sus propios intereses, y generando nuevas deudas, de cuantía no controlada, con otros.

Las reticencias por parte de las CCAA para establecer un sistema de compras común parecían, sin embargo, haberse roto, al menos provisionalmente y de manera parcial, en fecha reciente. Así, en febrero de 2020 el Consejo de Ministros, a propuesta del de Sanidad, autorizó la compra centralizada de diversos me-

dicamentos (234) por valor de 391 millones de euros mediante un sistema al que se adhirieron, además del M° de Defensa y el INGESA, 10 CCAA (Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla-León, Extremadura, Galicia, La Rioja, Murcia y la Comunidad Valenciana).

La cantidad comprometida en la compra común prevista, por la que el M° de Hacienda esperaba obtener un ahorro de 128 millones de euros (un 33% de la compra), suponía un 0,58 % del gasto farmacéutico hospitalario efectuado durante 2019 hasta final de noviembre. La proporción era más reducida aún si se comparaba con el gasto total en productos farmacéuticos y sanitarios, incluido el de los productos prescritos en la atención ambulatoria y el efectuado en productos sanitarios sin receta médica u orden de dispensación, respecto de los cuales los 391 millones comprometidos en la compra común suponían un 0,18% del gasto total.

Las razones para una repercusión tan limitada de los mecanismos de compra común en el enorme volumen del gasto en medicamentos y productos sanitarios por parte del SNS hay que buscarlas en dos clases de explicaciones diferentes. La primera, la limitación del listado de productos incluidos en el sistema acordado, que, por ejemplo, dejaba fuera de su ámbito los medicamentos de aprobación más reciente y más alto coste. La segunda, la participación voluntaria de un número limitado de CCAA (10 de 17), aunque superior al de intentos previos, en el mecanismo de compra común.

Entre las que coincidieron en el rechazo a la participación en el sistema de compras común se encontraban las tres CCAA que mantenían y mantienen un mayor nivel de gasto farmacéutico hospitalario, Cataluña, Andalucía y Madrid. En conjunto, el gasto farmacéutico de las 7 CCAA (un 41% del total de éstas) que mantuvieron ese rechazo supuso hasta noviembre de 2019 sólo un poco menos del 59% del gasto farmacéutico hospitalario, y proporciones similares en los otros grupos de productos.

Por el contrario, con la excepción de Navarra, el grupo de CCAA que se unió al modesto sistema de compras común re-

ción creado integraba a las 7 CCAA restantes con menor nivel absoluto de gasto farmacéutico. Ese grupo de 10 CCAA (el 59% de ellas) genera por su parte sólo unas décimas más del 41% del gasto farmacéutico hospitalario del SNS.

El desencadenamiento de la pandemia, y las carencias en el abastecimiento de distintos productos al conjunto de las CCAA, modificaron parcialmente esa actitud. El 22 de julio de 2021 el Ministerio de Sanidad licitó un acuerdo marco por valor de más de 2.400 millones de euros (235) para la adquisición en dos años de distintos productos que se precisaban y se siguen precisando en relación con la pandemias, en concreto, de 3.700 millones de unidades de batas quirúrgicas, guantes de nitrilo, gafas de protección, mascarillas quirúrgicas tipo II y IIR, mascarillas de protección FP2 y FP3, tests moleculares por PCR, y kits de extracción.

Al nuevo acuerdo se sumaron inicialmente hasta 12 CCAA (Andalucía, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla-León, Castilla-La Mancha, Extremadura, La Rioja, Madrid y Navarra), más el Ministerio de Defensa, en del Interior, y el INGESA, y unos meses después la totalidad de ellas, con la excepción de Valencia. Ésta, en enero de 2021 adoptó su propio acuerdo (231), por valor de 240 millones para un año, prorrogable a otro más, incorporando al mismo hasta a 26 empresas de la propia Comunidad Valenciana, de un total de 93 seleccionadas para aprovisionar de los materiales incluidos en el acuerdo (hasta un total de 232, incluidos mascarillas, batas, delantales, gorros y calzas) a los centros de la propia Comunidad.

El acuerdo, cuyas adjudicaciones a diferentes empresas finalizó en noviembre de 2020 (236) con la de los últimos cinco lotes, tuvo el valor añadido de la participación de la práctica totalidad de las CCAA, lo que probablemente tuvo que ver con que se trataba de un material muy específico de uso previsiblemente importante durante la pandemia, y respecto del cual, por otra parte, eran notorias las dificultades para los abastecimientos en la situación caótica en la que se encontraban los mercados a nivel mundial en aquel momento.

Por el contrario, hay dos datos que le restan importancia como tendencia reconocida de una posible evolución posterior: en primer lugar, la cuantía del acuerdo, en relación con los productos incluidos en el mismo, era significativa, casi veinte veces mayor en proporción al acuerdo marco de febrero del mismo año citado (2.400 millones de euros son apenas el 10% del gasto, 23.915 millones de euros, en productos farmacéuticos y sanitarios del SNS en 2019, antes de que se declarase la pandemia (237)), pero limitada, y nada hay que indique que respecto a las compras no extraordinarias del SNS la actitud hubiese cambiado de alguna manera.

El segundo, que el hecho de que fuera la Comunidad Valenciana la que se quedase fuera del acuerdo indica que su posición no se debía a utilizar esta cuestión como instrumento de oposición al Gobierno, del que es afín desde el punto de vista partidario, sino a posiciones muy acendradas en todos los gobiernos autonómicos, ratificadas y acentuadas por el propio Gobierno de manera errónea durante la pandemia, acerca de la competencia “exclusiva y excluyente” de las CCAA sobre la asistencia sanitaria y todo lo que se deriva de ella.

La utilización de los 792 millones de euros previstos en el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia para la compra de aparatos de alta tecnología sanitaria, un 74,10% del total de 1.069 millones de euros para distintas actuaciones en el campo sanitario previstos en el mismo, servirá de nuevo de verificación de los criterios que se apuntan al respecto desde el propio Gobierno y desde las CCAA. Una materia en la que no sólo son importantes las cantidades a distribuir, sino también la planificación de la distribución y el uso compartido de las tecnologías que, en la situación actual de decisión de compra independiente por parte de cada una de las CCAA, plantea problemas no sólo de eficiencia en su utilización, sino también de desigualdades importantes entre ellas. Desigualdades que están en buena parte relacionadas con su adquisición preferente, en especial de las más novedosas, por centros y entidades privadas, de implantación muy distinta en diferentes territorios autonómicos, que conciertan su uso con



los servicios de salud de cada uno de éstos (238).

Por el momento, como indicio de los del primero, se dispone públicamente del borrador de un proyecto de Orden ministerial de declaración de medicamentos, productos y servicios sanitario como bienes de contratación centralizada (239), presentado por el Ministerio de Sanidad en los primeros días del mes de junio de 2021, y abierto a aportaciones hasta el 23 del mismo mes (240; 241).

La ampliación de los terrenos en los que se plantea en ella la posibilidad de la contratación centralizada, incluyendo la compra de servicios, además de medicamentos y otros productos sanitarios, supone un avance claro respecto a las limitaciones de los acuerdos-marco previos que se han comentado, y a las normas que los regulaban, dos órdenes comunicadas, 1075/2014 y 1076/2014, y la disposición adicional vigésimo séptima de la Ley 9/2017, de contratos del sector público. Por la vía de aumentar el número y la naturaleza de las contrataciones posibles, eso permitiría aumentar la importancia económica, absoluta y proporcional, de los acuerdos que se promuevan en el futuro...siempre que las CCAA estén dispuestas a acordarlo así.

Por el contrario, la previsión de una adhesión voluntaria por parte de las CCAA permite prever que, salvo en circunstancias extraordinarias como las actuales, la constitución de una verdadera central de compras del SNS, justificada por las razones de eficiencia de las economías de escala que facilitaría, añadidas a las de la distribución adecuada de los recursos mencionada más arriba, impedirá que se haga efectiva, y mucho menos de manera habitual y permanente.

La constitución de una central de compras común del SNS, es una de las reformas que, en nuestra opinión, el sistema precisa, y más a la vista de la experiencia de la pandemia. Pero que no será posible si no se hace efectiva mediante una nueva Ley de sanidad una nueva concepción del SNS como una entidad con personalidad jurídica propia, con participación en su dirección y gestión de las CCAA, que hagan de la configuración de la central

de compras un instrumento obligado derivado de la propia configuración del SNS.

### **V.7. LOS DÉFICITS DEL SNS EN RELACIÓN CON LA INDUSTRIA Y LOS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS**

#### **V.7.1. SITUACIÓN Y PERSPECTIVAS DE FUTURO DE LAS POLÍTICAS FARMACÉUTICAS EN ESPAÑA DESPUÉS DE LA PANDEMIA**

La industria farmacéutica es, además de la generadora de nuevos medicamentos y vacunas de importancia clave en situaciones como la pandemia actual, y por razones asociadas a sus propias características, el principal inductor del crecimiento descontrolado del gasto sanitario en la mayoría de los países desarrollados (242). Un crecimiento que genera problemas económicos generales en todos ellos como consecuencia de la derivación de una parte creciente del PIB al gasto en este sector, que está poniendo también en cuestión y ocupa un papel central en la sostenibilidad económica de los servicios públicos de salud de cada uno de ellos, y en un problema político para todos (243; 244). Un problema que en todos los países desarrollados se está afrontando mediante el recurso a dos tipos principales de instrumentos las Agencias de evaluación de medicamentos y los sistemas de compra colectiva de los mismos por los servicios públicos, con importancia proporcional mayor por parte de estos últimos, conforme a lo que se deduce de la comparación de países distintos.

Es, además, uno de los sectores innovadores más potentes en el momento actual, capaz, por otra parte, de orientar el sentido de la innovación con arreglo a sus propias prioridades<sup>4</sup>. Lo que lo ha

---

4 Esas prioridades se dirigen ante todo al interés económico de las empresas, sin generar en muchos casos mejoras significativas en la salud de las poblaciones (249). El ejemplo actual más paradigmático de esta situación es el de muchos de los nuevos tratamientos oncológicos (250; 251; 252; 253), cuya utilización se autoriza y se difunde a precios muy elevados, de decenas y hasta centenares

situado en un lugar preferente del desarrollo industrial hacia el futuro, tanto por las aportaciones que genera para el tratamiento de distintas enfermedades, como por situarse, en relación con ello, en los primeros lugares en rentabilidad sobre activos (245) y capitalización bursátil.

Todo ello ha conducido a un desarrollo asimétrico de las empresas farmacéuticas, con una tendencia marcada a la concentración, que ha dado lugar a que las más importantes de entre ellas se hayan convertido en grandes empresas supranacionales de gran tamaño, que ejercen un poder oligopolístico muy cercano al monopolio en diferentes campos terapéuticos, y cuyos presupuestos superan a los de muchos países desarrollados de mediano y pequeño tamaño. Esa tendencia es aún más marcada en el caso de la producción de vacunas (247; 248), la propiedad de cuyas patentes se concentran en sólo 17 empresas en el mundo, que, además, someten a su propio criterio y control la participación de otras empresas secundarias en su fabricación, siguiendo procesos, que, por manipular material biológico, requieren estructuras y procedimientos productivos más costosos y complejos (246).

Estas características generales de la industria farmacéutica tienen un reflejo específico, y lo han tenido durante la pandemia, en su situación en nuestro país.

### **V.7.2. CAPACIDAD INNOVADORA DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA RADICADA EN ESPAÑA**

Las características de la industria farmacéutica existente en España permiten considerar que su capacidad innovadora está mayoritaria, si no exclusivamente, en manos de los laboratorios extranjeros, en especial las corporaciones transnacionales descritas (*Big Pharma*), que tienen sucursales en España. Pero que, por el

---

de miles de euros por tratamiento, pese a que muchos de ellos consiguen sólo magros resultados en términos de prolongación de la vida por sólo un reducido número de meses. Lo mismo ocurre con otros productos para ciertas enfermedades degenerativas o neurológicas.

contrario, España carece en el momento actual de una industria propia con capacidad innovadora independiente<sup>5</sup>, cuya construcción no es tarea de un día, ni probablemente un objetivo realista ni adecuado en el medio plazo.

Durante la pandemia, la Unión Europea, pese a que son empresas radicadas en su ámbito territorial las mayores productoras de vacunas del mundo, no ha sido capaz de organizar ni orientar la producción de las vacunas contra el covid-19, ni mucho menos de aumentarla de manera que se garantice su distribución a los países que más las necesitan<sup>6</sup>.

<sup>5</sup> La mayoría de los laboratorios españoles, alrededor de 80 de un total algo superior a 100, son de mediano-pequeño tamaño. El número aumenta a algo más de 200 si se incluyen en ellos las empresas fabricantes de productos básicos, que reúnen las mismas características en cuanto a tamaño. Hay algo menos de 100 laboratorios extranjeros instalados en España, la gran mayoría delegaciones de empresas extranjeras, entre ellas las más grandes del sector, más de tres cuartas partes de ellas europeas y el resto norteamericanas en su mayoría, con alguna excepción de otros países y continentes (254; 255; 256).

Se trata en todo caso de un sector productivo de importancia económica y capacidad exportadora creciente. Conforme a las referencias citadas, las cifras de producción de medicamentos del conjunto de empresas del sector (alrededor de 320 en 2018, según el Directorio Central de Empresas) se movieron en ese mismo año en torno a los 14.500 millones de euros. El sector generó en el mismo período exportaciones por valor de más de 12.000 millones de euros, frente a unas importaciones de alrededor de 14.000 millones de euros, una diferencia entre unas y otras con tendencia decreciente. Esas cifras convierten a los medicamentos en el 4º producto más exportado del país, que supone alrededor del 5% de total de las exportaciones españolas,

El mismo sector, según las mismas referencias, generó en 2018 más de 42.500 puestos de trabajo directos, el 94% de ellos de duración indefinida, y el 62% de ellos de titulados superiores, y se estima que genera otros 170.000 empleos indirectos o inducidos.

Ese conjunto de condiciones de carácter económico explica por qué la industria farmacéutica en España, y su regulación, generan intereses en áreas de gobierno distintas a los servicios sanitarios, e intervenciones de esas otras áreas (Hacienda, Economía, Industria), con efectos en ocasiones desfavorables sobre aquéllos.

<sup>6</sup> De hecho en las reuniones de la OMC ha sido la Unión Europea, en particular Alemania, la que ha encabezado hasta ahora la oposición a la liberalización

Por el contrario, procedimientos como los de compra centralizada de vacunas puesto en marcha por la Comisión Europea, pese a sus imperfecciones iniciales (262; 263; 264; 265), que deben corregirse, y la oposición de algunos economistas norteamericanos, como Krugman (266), han sido de gran valor para facilitar la adquisición de las mismas por todos los países de la Unión, en una línea que debe reforzarse en el futuro.

En ese contexto, iniciativas de esa naturaleza pueden servir mejor para garantizar en el futuro más inmediato el acceso del sistema sanitario español a los medicamentos innovadores, y obtener el mismo a cambio de precios razonables, que no pongan sistemáticamente en cuestión la capacidad de financiación por parte de la mayoría de los países o perjudiquen el mejor desarrollo de sus sistemas sanitarios. Conforme a ese criterio, España debe sumarse, e incluso inducir, el desarrollo de iniciativas políticas de ese carácter para el desarrollo de nuevos productos en el ámbito de la Unión Europea, y sumarse también a la compra común de los nuevos productos desarrollados fuera del ámbito de ésta. Esas políticas deberían tener el carácter de política permanente de estado, que evitara contradicciones previas<sup>7</sup>.

### V.7.3. EL DESARROLLO DE PRODUCTOS NO SOMETIDOS AL SISTEMA DE PATENTES

Con la pandemia se ha puesto también de manifiesto que du-  
de las patentes (257, 258), frente a posiciones menos cerradas por parte de los Estados Unidos (259), cuyos derechos de propiedad al menos parcial de la vacuna de Moderna (260) por la participación del NIH en su diseño está debatiendo el Gobierno Biden con el laboratorio, una posición que apoya un amplio número de científicos allí (261).

7 Un ejemplo de éstas es la que se produjo cuando España, bajo el gobierno del PP, se negó a apoyar la iniciativa de compra común a nivel europeo del Sofosbuvir, el primero de los nuevos productos de gran eficacia, pero precio muy elevado, que se autorizó para el tratamiento de la hepatitis C hace no mucho tiempo (267).

rante la misma, además de las vacunas como primer producto específico para su abordaje eficaz, son necesarios otros muchos medicamentos y productos para el mantenimiento de los pacientes y el tratamiento de las distintas complicaciones posibles de la enfermedad, muchos de los cuales no están sometidos ya al sistema de patentes que caracteriza a los productos innovadores.

Los problemas que ha planteado la disponibilidad de estos productos durante la crisis pandémica son similares a los que ha planteado la de productos de otra naturaleza a los que se ha hecho alusión en el apartado anterior, en cuanto a la cesión de su producción a otros países en desarrollo. Por ello, en la mayoría de los países europeos se están planteando vías similares para su solución de cara al futuro. Esas políticas deben tener en cuenta la situación del desarrollo en España de la industria farmacéutica fabricante de este tipo de productos.

Ésta se caracteriza por la ausencia de un productor público (con la excepción de la farmacia militar, que abastece a las fuerzas armadas de un número limitado de productos) y la existencia de tres sectores privados distintos (delegaciones de las grandes empresas transnacionales, que tienden cada vez más a desarrollar a precios más bajos sus propios productos de marca después de perder la patente; empresas españolas de menor tamaño dedicadas principalmente a productos “copia” y biosimilares; y empresas de “genéricos”). El apoyo a la producción propia de este tipo de medicamentos, que debería constituir una prioridad tras la pandemia, debe tener en cuenta las diferencias de intereses que existen entre las dos patronales del sector<sup>8</sup>.

---

8 La primera y mayor, Farmaindustria (267), con 137 miembros, acoge y representa de manera preferente los de la mayoría de las empresas transnacionales extranjeras presentes en España, y AESEG (268), la asociación que reúne a las empresas españolas y extranjeras, un total de 22 fabricantes de medicamentos genéricos y biosimilares en España, productos por definición no sometidos al sistema de patentes. Las diferencias entre ambas tienen relación con la aplicación de políticas de precios homogéneas a este tipo de medicamentos con las aplicadas a los innovadores, que determinan situaciones ocasionales de escasez en el abastecimiento de algunos de los primeros en momentos concretos (269; 270).

#### V.7.4. EL DESARROLLO DE UNA CENTRAL DE COMPRAS DEL SNS Y DE UNA AGENCIA DE EVALUACIÓN

El desarrollo de esas políticas se debe combinar en todo caso con la utilización de los dos mecanismos citados, que en otros países han demostrado mayor eficacia relativa para, utilizados de manera combinada y no excluyente de otras medidas que se han comentado en otros textos (meter cita), como la potenciación del uso de genéricos y biosimilares, el establecimiento de precios de referencia, y otros, someter a algún control el crecimiento de gasto farmacéutico.

a) Como se ha expuesto en el apartado anterior, a la potenciación del poder de compra del SNS mediante el establecimiento de un sistema de compras centralizado se han venido oponiendo habitualmente las CCAA, sin que desde el Gobierno central se hiciese nunca un apoyo firme a su creación, pese a que estaba prevista desde la LGS de 1986.

Por otra parte, a su desarrollo real debe añadirse la modificación complementaria del sistema de fijación de precios de los medicamentos para el SNS. En éste, aunque depende del M<sup>o</sup> de Sanidad, por su participación en la Comisión en la que se fijan esos precios para el sistema<sup>9</sup>, y no el precio a aplicar a los medi-

<sup>9</sup> Creada por el artículo 100 de la Ley 25/1990, del Medicamento, en él se establecía la creación de la Comisión Interministerial de precios de los Medicamentos (CIPM), adscrita al entonces M<sup>o</sup> de Sanidad y Consumo, a la que desde entonces le corresponde establecer “*el precio industrial máximo para cada especialidad farmacéutica que se dispense en territorio nacional, financiada con cargo a fondos de la Seguridad Social o fondos estatales afectos a la Sanidad*”, terminología que se sustituyó en el Real Decreto 200/2012, por el que se desarrolla la estructura básica del M<sup>o</sup> de Sanidad, en el que se añadía a su composición por los ministerios citados la presencia de dos representantes de las CCAA, que desde 2017 son tres, a los que se suman “oyentes” de las 14 CCAA restantes, por la expresión “*el establecimiento del precio industrial máximo con carácter nacional para cada especialidad farmacéutica financiada con cargo a fondos públicos*”.

Por su parte, la presencia en esa Comisión de tres representantes autonómicos, reforzada por los “oyentes” de las CCAA que no forman parte de esa representación formal, supone reconocer una vez más que, frente a todas las evidencias disponibles, se asume que en una materia tan importante desde el punto de

camentos en el mercado libre una vez autorizado su uso, intervienen de manera poco adecuada los Departamentos de Economía, Hacienda e Industria. Esa participación añadida hipoteca las posibilidades de negociación de los precios por parte del SNS como entidad con personalidad definida y responsabilidades e intereses propios, al margen del interés independiente y legítimo de otras políticas que, por su importancia social y económica, representan los ministerios citados, que deberían encontrar un cauce de expresión distinto, separado del de la fijación de los precios para el propio sistema público.

Como se propone en estos días en los Estados Unidos con respecto a Medicare (271; 272), el sistema público que ofrece allí protección sanitaria sólo a la población jubilada, recuperar la capacidad de negociación expresa por parte de un SNS dotado de naturaleza jurídica propia, acompañada de la modificación del sistema de fijación de precios de los medicamentos que se aplica en España, debe constituir uno de los objetivos destacados de las políticas de relación con los proveedores en este momento.

b) El interés por el desarrollo de la evaluación de las tecnologías sanitarias se viene poniendo de manifiesto en España desde hace años, en especial desde el ámbito de la economía de la salud (273- 278).

En el contexto de un Estado descentralizado como es el español, ese interés ha generado la existencia de 8 agencias de evaluación de tecnologías o entidades con funciones similares<sup>10</sup>. Dos de las

---

vista económico como son los precios de los medicamentos, no existe un interés común al conjunto del SNS. Lo que lleva de hecho a que, en especial al nivel hospitalario, cada CA negocie después de manera independiente los precios aplicados en su ámbito, con efectos inductores sobre el consumo diferencial de cada una, que aumentan el gasto global del conjunto del SNS.

10 Corresponden a una dependiente del Gobierno central (la denominada Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, dependiente del Instituto de Salud Carlos III, creada en 1994), y las siete restantes, creadas cada una de ellas en un momento distinto en el ámbito de una Comunidad Autónoma diferente. Éstas son las de Andalucía (AETSA, creada en 1996), Aragón (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, creada en 2003), Canarias (Servicio de Evaluación del Servicio Canario de Salud, creado en 1995), Cataluña (en la actualidad



agencias autonómicas existentes, la catalana y la vasca, se constituyeron antes de que se constituyera la Agencia de la Administración General del Estado. Esa situación quitó a ésta la iniciativa en el campo de la evaluación de tecnologías en el conjunto del Estado, no sólo por el momento posterior en el tiempo de su constitución, sino por la actitud de renuncia que desde el inicio asumió en el desarrollo de tareas de coordinación que habría podido desarrollar.

El único denominador común de todas las agencias es que todas ellas fueron creadas cuando las CCAA respectivas habían recibido ya los traspasos de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social; una competencia que arrastraba consigo la transferencia del volumen individual más importante de recursos económicos (un promedio del 37,5% del total de los recursos recibidos para la financiación de sus competencias por cada CA) recibidos por cada una de ellas para el desarrollo de su actividad.

Que ocurriera así no supone, sin embargo, que haya alguna otra similitud entre ellas en cuanto a su forma de constitución, ni en la vinculación de ninguna de ellas con los servicios de asistencia sanitaria respectivos, con lo que no hay garantía alguna de que su actividad y recomendaciones se traduzcan en orientaciones adecuadas para la introducción de las tecnologías sanitarias en y por los servicios sanitarios correspondientes en cada caso. El mejor ejemplo de esa desconexión es la dependencia actual de la Agencia central de Evaluación de Tecnologías, incluida en el Instituto de Salud Carlos III, en la actualidad dependiente del Ministerio de Ciencia e Innovación, sin relación institucional prevista alguna con el sistema sanitario, y con total autonomía de éste para fijar sus prioridades y su actividad.

Un tercer aspecto a destacar se refiere la ausencia de una metodología de evaluación por las agencias existentes unánimemente acreditada.

---

denominada Agencia para la Calidad, la Investigación y la Evaluación en salud, creada con otra denominación en 1984), Galicia (AVALIA-t, creada en 1999), Madrid (Agencia Lain Entralgo, creada en 2003) y País Vasco (OSTEBA, creada en 1992).

En el contexto de los desarrollos previos citados y la situación peculiar que ha supuesto la pandemia, el desarrollo más reciente en relación con la evaluación de tecnologías en España ha sido la aparición en diciembre de 2020 de un Manifiesto firmado por más de trescientos profesionales de distintos ámbitos de la sanidad, la gestión sanitaria y la economía de la salud titulado “POR UN HISPA-NICE: AHORA O NUNCA” (279).

La forma de constitución de la nueva Agencia que se propone parece fijar la vista en la naturaleza “independiente” de la misma, tomando como referencia el NICE británico. Lo hace en un momento en el que éste ha modificado su modelo, cambiando en 2013 su status inicial como “*autoridad especial sanitaria*” constituida como *quango* (“*quasiautonomous non governmental organization*”), por el de “*organismo público no departamental*”, que, además, asumió también las funciones de proporcionar guías de actuación basadas en la evidencia científica y estándares de funcionamiento al sector social y socio-sanitario, conforme a lo establecido en la Social and HealthCare Act de 2012 (280). El NICE británico se caracteriza además por una permanente puesta en cuestión de sus métodos de evaluación y la aplicación de los mismos a la realidad del sistema sanitario en el que ejerce sus funciones, que han sido sometidos a una reciente consulta para modificarlos (281).

Las observaciones anteriores sirven para poner de manifiesto que la creación de una Agencia de Evaluación de Tecnologías en España semejante al NICE puede ser una parte importante de la mejora de la efectividad y la eficiencia del aprovisionamiento de medicamentos y otras tecnologías sanitarias por parte del SNS, pero en ningún caso considerarse como “*la solución*” de los problemas que éste tiene en el sentido indicado. Menos aún si se adopta como una decisión separada de otras medidas, como la citada en el apartado anterior.

### V.7.5. DESARROLLO DE UNA POLÍTICA DE INVESTIGACIÓN BIOSANITARIA EN ESPAÑA

La innovación en el terreno farmacéutico ha sido un elemento imprescindible para la solución de la crisis sanitaria actual, y lo será en el futuro para otras similares. Durante la pandemia se ha demostrado además que la innovación en el terreno de los medicamentos y las vacunas es el resultado del esfuerzo en investigación básica y aplicada realizado. Un terreno en el que los aspectos básicos suelen concentrarse en instituciones de distinto carácter en el ámbito público, mientras que la aplicada se lleva a cabo sobre todo desde el privado, pero tomando como apoyo la realización de ensayos clínicos, cuyo desarrollo se ve favorecido por la existencia de servicios públicos de salud de cobertura universal, que facilitan el reclutamiento ordenado de personas para participar en los mismos.

Algunos análisis realizados durante la pandemia comparando la orientación de la investigación y el desarrollo de los ensayos en el NHS británico y en los Estados Unidos (282), que es, por el contrario, el único país desarrollado que carece de un sistema público que ofrezca por unas u otras vías protección sanitaria universal, han permitido observar además las ventajas de disponer de organismos públicos de investigación con alguna forma de vinculación con los servicios públicos sanitarios, como los existentes en el Reino Unido, que ordene y promueva las prioridades en la investigación y el desarrollo de los propios ensayos, frente a los problemas que se derivan de la ausencia de esas condiciones en el caso norteamericano.

El resultado de todo ello es que, partiendo de unas tasas de contagios y mortalidad por el covid-19 similares en ambos países, la participación proporcional de pacientes en ensayos clínicos en los dos ha sido mucho mayor en el Reino Unido. Lo que ha permitido la participación de este país no sólo en los ensayos para la autorización de las vacunas, sino también en ensayos realizados por plataformas como RECOVERY o SOLIDARITY (283), y REMAP-CAP, que han generado valiosa información sobre los beneficios de los corticoides en el tratamiento sintomático de los casos con afectación respiratoria más severa; de los antagonistas de los receptores de las interleukinas; o, en otros casos, de los

tratamientos con anticoagulantes. Y, por el contrario, ha puesto también de manifiesto la ausencia de beneficios de los tratamientos con plasma de convalecientes, la hidroxiclороquina, o la utilización combinada de lopinavir-ritonavir, todos ellos recomendados al inicio de la pandemia en los Estados Unidos a partir de prioridades políticas impuestas por razones ajenas a las evidencias científicas (69; 70), y de ensayos clínicos de dudoso desarrollo, resultados y evaluación.

Esos análisis comparados son de gran interés para España, donde para el desarrollo de políticas de investigación biosanitaria orientadas a la innovación, que se han promovido como un ámbito de desarrollo industrial prioritario de cara al futuro (284), se combinan un desarrollo precario y disperso de la investigación básica en centros públicos de investigación dependientes de distintos departamentos ministeriales, en el que se produce en todo caso un predominio neto del Instituto de Salud Carlos III, con un amplio desarrollo de la investigación aplicada, que se lleva a cabo fundamentalmente por las empresas privadas mediante la realización de ensayos clínicos en centros del SNS, sin una adecuada coordinación entre ellas, ni control adecuado de ninguna de ambas. Una situación que se asemeja, con los efectos consiguientes, más a la descrita en los Estados Unidos que a la del Reino Unido.

### A) EL PAPEL CENTRAL DEL INSTITUTO CARLOS III EN LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA BÁSICA

La situación actual es en todo caso el resultado de una evolución paulatina desde el momento en que se creó en la Ley General de Sanidad, en 1986, el Sistema Nacional de Salud (SNS), con la imprecisión jurídica a la que ya se ha hecho referencia, a la vez que en la misma norma se creaba, con igual imprecisión en el redactado final de la misma, el Instituto de Salud Carlos III, “*como órgano de apoyo científico técnico del Departamento de Sanidad de la Administración del Estado y de los distintos Servicios de Salud de las CCAA*”, al que en la Disposición Final Tercera de la misma nor-

ma se adscribieron distintos “centros nacionales” con funciones en el campo de la salud pública.

La evolución posterior le ha llevado, sin embargo, a convertirse en el organismo principal que coordina las actuaciones en materia de investigación biomédica, en detrimento de las funciones de Salud pública que habían sido el centro de las actividades del mismo en sus inicios.

Por el contrario, el predominio cada vez más acentuado otorgado a la investigación en el terreno biomédico en el Instituto, sin duda generado por las perspectivas económicas de la investigación en este terreno a las que se ha hecho referencia más arriba, ha dado lugar a diferentes desarrollos con dos orientaciones distintas: en primer lugar, ha dado lugar a la creación, dentro del ámbito del propio Instituto, de tres Centros Nacionales de Investigación, con organización, financiación y personal y estatuto propio, regidos cada uno por un Patronato específico, en el que participan entidades privadas. Son el de Investigaciones Oncológicas (CNIO), de investigación en enfermedades cardiovasculares (CNIC), y el de investigación en enfermedades neurológicas (CIEN).

En segundo lugar, ha promovido el desarrollo de unidades y redes de investigación, todas ellas coordinadas por distintas unidades del Instituto de nueva creación, bajo formas y condiciones distintas. Entre ellas se cuentan los contratos postdoctorales Miguel Servet y Río Hortega en las unidades de investigación de los centros públicos sanitarios, que facilitan la consolidación de personal clínico investigador. También la creación, habilitada por la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del SNS, de Institutos de investigación acreditados por el Instituto en centros públicos sanitarios, con estructuras diferenciadas de gestión de la investigación separada de la gestión asistencial y docente.

También las Redes Temáticas de Investigación Cooperativa en Salud (RETICS), estructuras organizativas formadas por la asociación al Instituto Carlos III de un conjunto variable, no menor de cinco, de centros y grupos de investigación en biomedicina, de

carácter multidisciplinar, dependientes de Administraciones Públicas o del sector privado, pertenecientes a un mínimo de cuatro CCAA.

Por su parte, las Plataformas de apoyo a la investigación en ciencias y tecnologías de la salud son estructuras colaborativas estables formadas por la asociación al Carlos III de un número variable, entre seis y quince, de centros y grupos de investigación de al menos cuatro CCAA distintas.

El último desarrollo consolidado en esa línea son los Centros de Investigación Biomédica en Red (CIBER), que son entidades con personalidad jurídica propia, creados bajo la fórmula de consorcios a partir de 2006, muchos de los cuales tienen su origen en redes temáticas anteriormente en funcionamiento. En la actualidad existen once CIBER por grandes áreas, a las que se añadió en diciembre de 2020 un nuevo CIBER de Enfermedades Infecciosas (285). La organización cuenta con un Consejo Rector vinculado al Instituto Carlos III, del que forma parte un representante de cada una de las entidades mayoritariamente públicas, pero también algunas privadas, consorciadas, en la actualidad más de cien. Dispone también de una organización estable con una dirección financiera independiente, y departamentos de Recursos Humanos, Administración, incluida la gestión de compras y logística, Gestión de Proyectos y Transferencia tecnológica.

El conjunto de las líneas de desarrollo mencionadas, que ha alcanzado el nivel de amplitud y complejidad descrito, tiene en todo caso en común el mantener un control de las mismas desde el Instituto Carlos III, que no garantiza necesariamente la orientación prioritaria de la investigación que patrocinan a las prioridades y necesidades del SNS, del que se ha ido separando progresivamente como consecuencia de la separación estructural que se ha ido produciendo entre uno y otro. Una separación que se hizo más patente aún con la adscripción en 2008 del Instituto Carlos III al M<sup>o</sup> de Ciencia e Innovación, al que, tras un paso por los de Economía, Industria y Competitividad, volvió en 2018, que se ha pretendido resolver con una adscripción funcional al de

Sanidad que no resulta eficaz a esos efectos. Y menos aún para la gestión de otras áreas que, como la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, o el Comité Nacional de Bioética, se encuentran adscritas al mismo Instituto, pese a ser ajenas siquiera a las actividades de investigación y, por el contrario, tener relación directa con el funcionamiento del SNS.

De cara al futuro, conforme al modelo descrito en el Reino Unido, y dada la amplitud y la variedad de formas de participación de centros públicos sanitarios pertenecientes al SNS en las distintas redes básicas de investigación biomédica, la alternativa más razonable parece el replanteamiento de la adscripción del Instituto Carlos III al M<sup>o</sup> de Sanidad y, con ello, el establecimiento de instrumentos formales de relación del mismo con un SNS configurado como entidad con personalidad propia y con capacidad para ordenar e imponer sus prioridades en este ámbito de investigación.

### *B) LA REALIZACIÓN DE ENSAYOS CLÍNICOS EN EL SNS*

La dependencia de las actividades y redes de investigación biomédica mencionadas del Instituto Carlos III mantiene en todo caso, incluso en su situación actual de dependencia del M<sup>o</sup> de Ciencia e Innovación, la posibilidad de orientar aquéllas conforme a criterios de interés público general, aunque no sean sólo sanitarios. Es, por el contrario, de esta condición de la que carece el desarrollo de la investigación biomédica aplicada, que se lleva a cabo principalmente a través de ensayos clínicos, pese a que éstos tienen su ámbito de desarrollo preferente en el SNS.

La razón para ello es la fórmula bajo la que se desarrollan los mismos en los centros sanitarios públicos, en unas “Fundaciones de investigación” creadas en ellos al amparo de lo dispuesto en la Ley 30/1994, de 24 de noviembre, de Fundaciones y de Incentivos Fiscales a la Participación Privada en Actividades de Interés General.

Se trata de una aplicación de la misma promovida por el Partido Popular en 2001 a siete hospitales públicos, seis de ellos de la Comunidad de Madrid, que se ha extendido luego a toda la red de centros públicos del SNS. Una aplicación que, por otra parte, encierra en sí misma la contradicción que supone hacer coincidir en un mismo centro, de una parte, el sometimiento de su organización asistencial primordial al derecho público, dentro del cual cada centro carece de personalidad jurídica propia; y de otra, el reconocimiento expreso de una personalidad jurídica propia, con el carácter de fundación, sometida al derecho privado, 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 del servicio autonómico de salud correspondiente, y cuyo Protectorado no tiene siquiera por qué coincidir ni dar cuentas al órgano de gobierno sanitario de la propia CA en la que cada centro está ubicado.

La consecuencia de ese entramado opaco de relaciones y estructuras superpuestas es que carece de cualquier control externo a los propios centros aquella parte de la investigación que se lleva a cabo bajo el patrocinio de las Fundaciones de investigación constituidas en los mismos, 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. Se trata de una actividad claramente favorecida por los propios laboratorios farmacéuticos, y por la patronal que representa a la mayoría de ellos, Farmaindustria, que ha encontrado en el SNS un campo abierto para facilitar los ensayos necesarios para la autorización de la comercialización de los nuevos productos farmacéuticos. Una actividad de la que, sin embargo, y pese a la interferencia que supone en el funcionamiento asistencial de los centros, 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.

Las razones para la revisión de la estructura y el desarrollo de los ensayos clínicos en los centros del SNS se encuentran también, sin embargo, en los resultados obtenidos con los mismos. La valoración de los ensayos se suele limitar a los aspectos meramente cuantitativos de su realización, un terreno en el que, con arreglo a todas las fuentes, España ocupa un lugar muy destacado, siendo “*el segundo país del mundo, tras Estados Unidos, donde más investigaciones se ponen en marcha para probar la eficacia de nuevos medicamentos*” (286), una actividad que se ha incrementado aún más durante la pandemia actual, como ha sido reconocido por algunas organizaciones internacionales, como la OCDE (287; 288). Otras valoraciones sitúan a nuestro país como el primero en el que se realizan más ensayos de entre todos los países europeos, la mayor parte de ellos en los centros públicos del SNS; lo que, según Farmaindustria, ha llevado a que uno de cada tres ensayos realizados en Europa tenga participación española.

Otras valoraciones, sin embargo, insisten en destacar la falta de transparencia de los mismos, traducida en los importantes defectos en la publicación de las características y los resultados de los ensayos clínicos que se realizan en España en las bases de datos en las que se deben recoger unos y otros, y en concreto en el Registro Español de Estudios Clínicos (REec). Lo que resta validez científica a las conclusiones que se puedan obtener de los mismos, aunque no excluye su utilización a efectos administrativos de autorización de la comercialización del medicamento analizado en España o en otros países.

Esos problemas afectan en general a todos los ensayos: un análisis realizado en junio de 2020 de 5251 ensayos clínicos registrados en el REec desde enero de 2013 hasta septiembre de 2019 (289) permitió comprobar que en 1.110 de ellos, un 21% del total, no indicaban ni la intervención ni el principio activo utilizado, y en 1499 ensayos finalizados (un 70% de éstos) no constaba la fecha concreta de finalización, lo que impedía comprobar la veraci-

dad del dato. Tales problemas se mantienen, o incluso se han acentuado, en el caso de los ensayos con distintos medicamentos realizados durante y para afrontar la pandemia (290; 291). En este último informe citado, se pone en evidencia que durante la primera fase de ésta España fue el país que más ensayos clínicos comenzó en Europa, un total de 48 (el segundo país fue Francia, con 22), 46 de los cuales, sin embargo, fueron patrocinados por sponsors que no habían desarrollado nunca un ensayo que hubiera sido controlado por el Registro europeo.

Estos datos refuerzan la necesidad de poner en cuestión el mantenimiento de la organización y las formas de desarrollo de los ensayos clínicos en el SNS sobre la base de las Fundaciones de investigación constituidas en los hospitales conforme a los patrones estructurales citados. Y, por el contrario, la conveniencia de llevar a cabo reformas que permitan al SNS dotarse de estructuras que hagan posible un desarrollo coherente y beneficioso para el conjunto del Sistema de este tipo de actividades, que no pueden constituir por sí mismas un objetivo o un área de negocio independiente de su objetivo central, que no es otro que contribuir a la consecución de la universalidad y la igualdad en el acceso a la protección sanitaria por parte de todos los ciudadanos españoles.

El modelo más adecuado para el desarrollo de esas estructuras parece el que se ha comentado del que dispone el NHS británico. Pero su desarrollo no parece posible si previamente no se dota al SNS de una nueva forma de organización y una nueva personalidad jurídica como tal, para lo que se precisa de una nueva ley de sanidad como la que proponemos en este informe.

### **V.8. LA ATENCIÓN A LA POBLACIÓN ANCIANA Y SU RELACIÓN CON LOS SERVICIOS SANITARIOS EN ESPAÑA**

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 modelo de atención residencial a las personas de mayor edad es común a muchas de las sociedades occidentales. Las peculiaridades españolas respecto a ese modelo 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. En España Son 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. La transformación necesaria de ese modelo escapan por eso a las posibilidades de intervención directa de las autoridades sanitarias de cualquier nivel del SNS.

Una segunda peculiaridad española es un desarrollo mucho más limitado de lo que ocurre en otros países de los centros que complementan una función residencial con el desarrollo de ciertos grados de cuidados sanitarios (lo que corresponde, en la terminología de otros países, a las llamadas “nursinghomes”), en muchos casos bajo la responsabilidad preferente de personal de enfermería. En el desarrollo de ese tipo de atención residencial reforzada con cuidados sanitarios limitados, que en otros países tiene una dependencia variada o mixta entre servicios sanitarios y servicios sociales, sí cabe un mayor grado de participación por parte del sistema sanitario, cuyo desarrollo se debe facilitar y potenciar.

En tercer lugar, es menos peculiar de la situación en España que el modelo exclusivamente residencial de la atención a la tercera edad se haya desarrollado sobre todo a expensas del sector privado, con un desarrollo mucho más limitado de instituciones con esta finalidad en el ámbito público. Esta evolución es común a muchos países (292-296). Lo que ha derivado en que el sector privado, con frecuencia con el único ánimo de lucro, se haya convertido en el soporte principal, mediante un sistema de conciertos,

incluso de la atención de este tipo financiada públicamente. La regulación y el control de estos centros corresponde a los servicios sociales, por lo que en el desarrollo de unas y otras funciones relativas a los mismos desde los servicios sanitarios parece poco adecuada.

El planteamiento del problema de los índices de mortalidad tan elevados observados en las residencias de mayores durante la primera ola de la pandemia, que es muy distinto al observado en instituciones similares de otros países y está asociado al propio modelo (297-303) así como 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 requieren adaptaciones específicas en la estructura de los edificios, lo que supondría cambiar el carácter esencialmente residencial de éstas. Por el contrario, además de la puesta en cuestión del modelo con arreglo a patrones descritos por los responsables de los servicios sociales, debe ponerse en cuestión y modificar la relación de las mismas con el sistema sanitario, en especial con el de atención primaria, que tiene un papel que cumplir en ellas semejante al que le corresponde para con la población que reside en su propio domicilio, o en instituciones residenciales de otro carácter que reúnan a grupos más reducidos de población.

Esas perspectivas de futuro no deben eximir en lo más inmediato de la demanda de responsabilidades que se hubieran podido producir en las residencias, o en el propio sistema sanitario, si se hubieran adoptado en algunos casos decisiones organizadas y sistemáticas que hubieran supuesto impedir el acceso de pacientes de mayor edad al nivel adecuado de atención sanitaria, un hecho que se ha denunciado también en otros países (304; 305; 306;

307). Una cuestión que está siendo sometida a análisis por algunos parlamentos autonómicos, y rechazada por otros, en función de criterios de oportunidad ligados a intereses políticos distintos y cuyo escaso éxito, incluso en su planteamiento ante los tribunales de justicia (308), debería en todo caso complementarse como mínimo con medidas dirigidas a establecer un nuevo modelo de acreditación de las residencias y un sistema efectivo de evaluación periódica y pública de la calidad de la atención prestada en las mismas (309).



---

## **VI. LAS BASES CONSTITUCIONALES Y EL DESARROLLO LEGISLATIVO DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL COMO ORIGEN DE LOS PROBLEMAS ESTRUCTURALES DEL MISMO PUESTOS DE MANIFIESTO POR LA PANDEMIA**

*La relación de problemas y déficits del sistema sanitario español que ha puesto de manifiesto la pandemia permite caracterizar todos ellos como de carácter estructural. De lo que se deriva que, más allá de las medidas más inmediatas que hayan debido adoptarse para afrontar el propio episodio pandémico, lo que se debe abordar con carácter prioritario tras superarla son las reformas estructurales del sistema que permitan afrontar nuevos riesgos futuros en mejores condiciones, y conseguir a la vez un mejor funcionamiento ordinario del propio sistema. Una tarea que requiere, por su parte, analizar las bases constitucionales y el desarrollo legislativo que han dado lugar a la situación actual del SNS, que se creó en 1986.*

### **VI.1. BASES CONSTITUCIONALES DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL**

Lo peculiar de la distribución de las responsabilidades sanitarias

en la Constitución Española (CE) es que el propio texto constitucional separó éstas en dos partes diferenciadas: 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). Por su parte, las de la atención sanitaria, que en aquel momento se prestaba mayoritariamente por el sistema de Seguridad Social heredado de la dictadura como parte de éste, y suponían la proporción 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).

### **VI.2. DESARROLLO LEGISLATIVO POSTERIOR DE LA DESCENTRALIZACIÓN SANITARIA Y LA ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL**

El proceso descentralizador que siguió a la distribución de competencias citada, y la regulación, iniciada 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), han sido analizadas por nuestra parte más ampliamente en otros textos recientes (310; 311). Ambos procesos reunieron, en todo caso, a su vez, algunas condiciones generales peculiares.

#### **VI.2.1. PREDOMINIO DEL PROCESO DESCENTRALIZADOR SOBRE EL DE CONSTITUCIÓN DEL SNS**

La primera de esas peculiaridades es el neto predominio de hecho del proceso descentralizador sobre el de constitución del SNS como servicio público garante de la protección sanitaria univer-



sal. De hecho, el traspaso de la “Sanidad e higiene” a la totalidad de las CCAA se había completado antes de que se promulgara la Ley General de Sanidad (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 LGS, 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 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 éste 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, y que dejó al criterio de cada CA, previa modificación de su estatuto de autonomía para poder asumir competencias en materia de “*ejecución* (“gestión”) *de servicios de la Seguridad Social*”), 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.

### **VI.2.2. CONSIDERACIÓN ECONÓMICA PRIORITARIA DE LOS SERVICIOS SANITARIOS FRENTE AL VALOR DE ÉSTOS COMO INSTRUMENTO ESENCIAL DE LA UNIVERSALIDAD Y LA IGUALDAD DE LA PROTECCIÓN SANITARIA RECONOCIDA COMO DERECHO EN EL TEXTO CONSTITUCIONAL**

La segunda condición destacable de la actual regulación 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.

Esa 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 algo menor del 2%, del presupuesto y el gasto sanitario global de cualquier país. Lo que facilitó el traspaso generalde la responsabilidad de su gestión a las CCAA antes de que ninguna norma general estableciese los mecanismos estructurales neces-

rios para garantizar el carácter universal y colectivo de la protección prestada.

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, 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 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. Una integración en ese sistema de financiación general que, en contra del criterio general más común, no fue una consecuencia necesaria de la transformación de la competencia en asistencia sanitaria, que lo era de la Seguridad Social, y su régimen económico competencia del Estado, en la competencia en “sanidad”, atribuída a las CCAA, sino, por el contrario, una decisión, basada en razones económicas, de la que se derivaron luego las consecuencias competenciales citadas. Consecuencias que, conforme al criterio del Tribunal Constitucional, en el fundamento jurídico 5 de su sentencia 98/2004, de 25 de mayo de ese año, son reversibles si en algún momento se decide promover una modificación del sistema de financiación y recuperar un sistema de financiación específico de la asistencia sanitaria.

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, permitiendo además unas diferencias en financiación sanitaria entre CCAA que hacen por sí mismas imposible el mantenimiento de esas condiciones del sistema sanitario. Y, de otra, su desintegración de hecho en 17 sistemas de salud diferentes, carentes de los mecanismos de coordinación necesarios, también y de manera imprescindible los económicos, para mantener las condiciones universales e igualitarias de la protección sanitaria en todo el territorio español. Y, a la vez, 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, pues las normas que lo establecieron son del mismo rango, y no precisaron de modificación constitucional alguna, una organización “federal” del SNS, que le convierta en garante real del mantenimiento de las condiciones citadas.

**VI.2.3. EFECTOS DEL DESARROLLO LEGISLATIVO EFECTUADO DESDE LA LEY GENERAL DE SANIDAD.**

Las regulaciones sanitarias desarrolladas hasta ahora siguiendo las líneas descritas han tenido efectos diversos, por otra parte congruentes con muchos de los déficits en la organización y el funcionamiento del SNS observados durante la pandemia, a los que se ha hecho referencia en el capítulo anterior:

— 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 (314; 315; 316), 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 se ha puesto especialmente de manifiesto durante la pandemia, 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 una. Pero a la vez, la paralización de las iniciativas para mejorar el funcionamiento y la gestión de sus servicios sanitarios en aspectos centrales de éstos, 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.

Esas situaciones caracterizan una situación global del sistema sanitario español más cercana a una organización confederal, que no tendría capacidad para garantizar las condiciones universales e igualitarias de la protección sanitaria que la Constitución Española prevé para toda la población con independencia de la CA en la que resida. Su modificación no parece posible si no es mediante normas de rango legal suficiente que vengán a resolver los déficits que presenta el desarrollo legal que se ha hecho hasta ahora de la regulación de esas condiciones y de las competencias sanitarias de las administraciones públicas que contiene la propia norma constitucional.

---

## VII. ASPECTOS POLÍTICOS DE LA RESPUESTA A LA PANDEMIA EN ESPAÑA

Dentro de un marco general de polarización que afecta a toda la vida política del país, una situación que ha condicionado, de manera decisiva para algunos (317), la respuesta a la pandemia no sólo en España (318), la respuesta política a ésta aquí se ha movido en torno a tres ejes principales.

El primero, el de la valoración del interés político por la salud y la sanidad, que, al menos por parte del Gobierno, tras el inicio de la pandemia y la declaración del estado de alarma, pareció aumentar respecto al que existía antes de aquélla, pero que se ha ido atenuando luego, para desaparecer por completo, en especial en sus aspectos estructurales, a lo largo del verano de 2021.

El segundo, el de la orientación del futuro del sistema sanitario en el estado autonómico, al que el propio Gobierno parece haber impreso durante la pandemia una orientación confederal más que federal; un desarrollo que puede resultar contradictorio con el carácter universal e igualitario que la Constitución española atribuyó al derecho a la protección sanitaria establecido en la misma.

Por último, el del conflicto político, que, ante el problema de ori-

gen netamente sanitario que supone la pandemia, se ha centrado, por el contrario, en torno a las medidas de carácter no sanitario que se han adoptado durante la pandemia y, en relación con ello, y en parte como consecuencia de las sentencias del Tribunal Constitucional sobre la declaración de los estados de alarma, se centra actualmente en la necesidad o no de renovar la legislación que regula la adopción de medidas extraordinarias que pueden afectar a derechos fundamentales en situaciones como la actual.

A cada uno de esos ejes se refieren los apartados siguientes.

### **VII.1. REBROTE Y RECAÍDA DEL INTERÉS POLÍTICO POR LA SALUD Y LA SANIDAD EN ESPAÑA DURANTE LA PANDEMIA**

La vuelta relativa a la normalidad previa, que cabe esperar en un plazo corto (ahora más prolongado por los rebrotes producidos por la variante Ómicron) como consecuencia del éxito en la política de vacunación puesta en marcha en todas las CCAA, incluye, sin embargo, un efecto no deseado de la propia normalidad previa. Se trata, en concreto, de la vuelta a la falta de prioridad previa y el desinterés manifiesto por los asuntos sanitarios por parte del Gobierno, sea cual sea el partido que lo ejerza, al que se ha aludido en la Introducción de este informe (319). Un (des) interés por otra parte compatible con las manifestaciones repetidas realizadas desde todos los Gobiernos habidos en nuestro país sobre nuestro sistema sanitario como “uno de los mejores del mundo”. Manifestaciones que se repitieron por parte del presidente del Gobierno en los últimos días del mes de enero, tras el primer caso confirmado de afectación por el coronavirus, subrayando 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 (320)

La afirmación anterior, que contrasta y será contestada sin duda desde el propio Gobierno con la referencia a las propuestas parciales de reforma del sistema sanitario que están contenidas en



el Plan de Recuperación , Transformación y Resiliencia que se desarrollará en nuestro país (321), que ha sido aprobado por la Unión Europea, tiene que ver en primer lugar con el contenido y carácter de esas propuestas de reforma, pero también con la forma en que se ha llegado a ellas.

Desde la propuesta inicial de crear una comisión de evaluación que analizase con rigor la situación de la sanidad pública e hiciera un libro blanco del que se dedujeran las reformas necesarias para subsanar los problemas estructurales del sistema sanitario (322), hasta la propuesta de medidas genéricas poco concretas para la reforma de aspectos muy determinados del mismo (“fortalecimiento de la atención primaria y comunitaria”; “reforma del sistema de salud pública”; “consolidación de la cohesión, la equidad y la universalidad”; “refuerzo de las capacidades profesionales y reducción de la temporalidad”; “acciones para reforzar la prevención y promoción de la salud”...), como las contenidas en el Plan de Recuperación, en cuyo diseño específico no ha participado siquiera de manera directa el Ministerio de Sanidad, se ha producido un claro deterioro en los objetivos de reforma sanitaria del propio Gobierno.

Así como la propuesta inicial se justificaba porque *“se han destruido 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”* (322), las medidas incluídas en el Plan son el resultado de las limitaciones impuestas desde el propio Gobierno a la Comisión parlamentaria de Reconstrucción, cuyas recomendaciones (323) constituyen el origen confeso del Plan de Recuperación, en el Plan de Trabajo diseñado para ella(324). Limitaciones expresadas en términos de respetar y no poner en cuestión las bases estructurales del sistema y, en concreto, el *“reparto de competencias en dichas materias (las sanitarias) derivado de la Constitución y los Estatutos de Autonomía”*.

En el camino entre la primera declaración de intenciones y las medidas del Plan hay que anotar también la demanda de cons-

titución de una comisión de evaluación “independiente”, que *“identifique las áreas en las que la salud pública y los sistemas sanitario y social deben mejorarse”*, que suscribieron un grupo de veinte profesionales e investigadores sanitarios en carta dirigida a la revista *The Lancet* (325). Una demanda que, publicada poco más de un mes después de la publicación del Dictamen de la Comisión de Reconstrucción, suponía un reflejo de la valoración de las limitaciones del informe de esta última por parte de los propios actores del sistema sanitario (326; 327).

La ausencia, pese a las promesas iniciales, de una respuesta positiva a esa demanda, se siguió meses después de la publicación de un manifiesto (“Por un HispaNICE: Ahora o Nunca”) (279), firmado por más de trescientos profesionales de diferentes titulaciones, al que se ha hecho alusión en el apartado .... de este informe.

Que comisiones parlamentarias como la de Reconstrucción, o “independientes”, como la demandada por los citados, terminen coincidiendo en formular, además de otras propuestas más o menos genéricas, propuestas concretas de reformas estructurales puntuales (la creación de una Agencia de Salud Pública la primera; un NICE español la segunda ) como vía de introducir los cambios que el SNS precisa, y hacerlo sin definir el conjunto del sistema en el que se insertan, el papel que deben cumplir en el mismo y las condiciones que precisan para ello, pone de manifiesto que las comisiones de uno u otro tipo carecen de eficacia para cambiar el funcionamiento del propio sistema. Una valoración que viene avalada por los magros resultados derivados de otras experiencias anteriores similares, desde la Comisión Abril en 1990, o las parlamentarias constituídas a esos efectos en el Congreso en 1996 y 2010.

Constituir comisiones para promover supuestas reformas sanitarias que no llegan nunca a concretarse parece, por otra parte, el instrumento escogido por los partidos con posibilidades de gobierno a uno u otro nivel para no poner en cuestión un sistema en cuyo mantenimiento, sin modificaciones fundamentales en su estructura y funcionamiento, la mayoría de los partidos parecen

estar básicamente de acuerdo. Frente al nivel de confrontación y las diferencias que existen a nivel general entre ellos, que se ha trasladado también al ámbito de las medidas de reducción de la movilidad y el contacto social durante la pandemia, parece existir un acuerdo tácito de sentido negativo para excluir de sus planteamientos la necesidad de llevar a cabo una reordenación profunda de la organización y el gobierno de la sanidad.

Un acuerdo que se traduce en la práctica en la experiencia insólita respecto a otros sectores de actividad y servicios públicos de que, casi cuarenta años después de la Ley General de Sanidad, y veinte después de que se completaran los trasposos sanitarios a las CCAA y se desarrollaran poco después las normas (la Ley de cohesión y calidad del SNS y el Estatuto Marco del personal del mismo) que completaron el ordenamiento básico de nuestro sistema sanitario, no se haya producido ninguna iniciativa para modificarlo y superar sus deficiencias más expresas.

Creemos, por eso, que la superación de los efectos más inmediatos de la pandemia es el momento adecuado para cambiar el método de introducir las reformas que el SNS precisa para seguir siendo el instrumento adecuado para garantizar el ejercicio universal e igualitario del derecho a la protección sanitaria que la Constitución Española establece. Un nuevo método que no debe constituir en otra cosa que el debate y la aprobación de una nueva ley de sanidad en los que se comprometan todos los partidos que forman parte del espectro parlamentario, que no deben eludir las responsabilidades que tienen para hacerlo así, aunque para ello precisen y cuenten con todos los apoyos que consideren necesarios para hacerlo.

Creemos también que, a esos efectos de reforma real del sistema sanitario, resultan igualmente inútiles propuestas como la del Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud (328), recientemente presentado por el Gobierno. El contenido del mismo reproduce la orientación y los objetivos limitados de lo que constituía el programa sanitario

del Gobierno anterior a la pandemia y, a efectos de la reforma real del sistema sanitario, parece dejar de lado cualquier análisis de los déficits estructurales del mismo que se han puesto especialmente de manifiesto durante la pandemia.

### **VII.2. LA GOBERNANZA DEL SISTEMA SANITARIO, UNA TENDENCIA MÁS PARECIDA A UN DESARROLLO “CONFEDERAL” QUE AL DESARROLLO AUTONÓMICO PREVISTO EN LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA .**

Más allá de poner en cuestión la situación y el funcionamiento de determinadas áreas de actuación del sistema sanitario español en su conjunto, lo que el desarrollo de la pandemia ha puesto en cuestión de manera más clara es la organización del gobierno del mismo.

1) Al inicio de la pandemia, nadie puso en cuestión la declaración inicial del primer estado de alarma por el Gobierno, que contó con el apoyo de una amplia mayoría del Congreso. Las críticas al mismo en aquel momento se dirigieron sobre todo a la demora en la adopción de unas medidas que, en relación con su dureza en comparación con otros países del entorno europeo, resultaron un instrumento eficaz de reducción y control de la primera ola pandémica. Su efectividad fue sin duda consecuencia del seguimiento de esas medidas por parte de una amplia mayoría de la población, que, ante el apoyo parlamentario casi unánime inicial, no dudó en mantener su confianza en la decisión adoptada.

2) Sin embargo, finalizado aquel primer estado de alarma por el rechazo parlamentario a mantenerlo, el Gobierno trasladó la responsabilidad completa de la respuesta a la pandemia a las administraciones autonómicas, con el argumento de que “la sanidad es competencia de las CCAA”.

Esa afirmación se lleva repitiendo desde entonces de forma expresa y de manera reiterada, pese a las contradicciones que se pueden observar en su aplicación, y a la observación, que se hizo

pronto patente, de que la consecuencia inmediata de esa desresponsabilización aparente por parte del Gobierno fue el rebrote de la pandemia que se empezó a producir a partir de quince días después de la finalización de aquel estado de alarma.

Ante las evidencias de esa evolución, la necesidad de mantener una respuesta coordinada ante la misma llevó poco después a acuñar por el Gobierno un nuevo término, el de la “cogobernanza” del sistema sanitario, que venía a sustituir la responsabilidad en la coordinación que correspondía al Gobierno por la búsqueda de acuerdos con las CCAA para adoptar las decisiones que fueran necesarias para afrontar la amenaza que la evolución de la pandemia suponía.

3) Las actuaciones erráticas del Ministerio de Sanidad tras la finalización del tercer estado de alarma, han contribuido a hacer aún más difícil de comprender qué razones legales sustentan el criterio ministerial respecto al ejercicio de las competencias sanitarias por el propio Departamento sanitario y los de las CCAA.

Ese tercer estado de alarma terminó sin que se establecieran por el mismo, ni se recomendaran siquiera, ninguna clase de medidas comunes, o, como en otros países, de “semáforos”, para su adopción homogénea por las CCAA. Lo que se siguió tres semanas después del intento de imposición de medidas restrictivas más estrictas incluso que las propuestas y adoptadas de manera discrecional por cada CA durante ese tercer estado de alarma, de las que el Ministerio se volvió atrás pocos días después ante la oposición de varias CCAA.

Si lo que se buscaba con la “cogobernanza” era reforzar la imagen de unidad frente a la pandemia y con ello la confianza en las medidas adoptadas, el efecto se puede considerar inverso al deseado. Pese a que la mayoría de las CCAA han mantenido una actitud general de colaboración no exenta de crítica a lo largo de la pandemia, con la excepción destacada de la Comunidad de Madrid; y a que, por su parte, la actitud del M<sup>o</sup> de Sanidad ha sido la de evitar el conflicto dialéctico con aquellas CCAA que aumentasen el tono de sus críticas, el resultado real es que

la “cogobernanza” del sistema sanitario, bajo la forma que ha adoptado, se ha convertido en el mecanismo principal para evitar que tanto por el Gobierno como por las CCAA se adopten de manera unilateral o colectiva las medidas adecuadas para el control de la pandemia. Lo que la última Conferencia de Presidentes celebrada el pasado 22 de diciembre ha puesto de manifiesto de manera especial (329).

Por el contrario, la combinación de medidas en sí contradictorias no ha contribuido, sino a la inversa, a aclarar la distribución de las competencias sanitarias entre el Estado y aquéllas ni, en consecuencia, a facilitar la comprensión por la ciudadanía acerca de quién asume la responsabilidad de las decisiones adoptadas en cada caso. No es tampoco fácil de comprender por qué razones el Gobierno se niega a la adopción de medidas comunes, que han sido demandadas por diferentes CCAA en distintos momentos, cuando situaciones de riesgo similar afectan a distintos territorios del Estado, más aún si son colindantes entre ellos. Ni mucho menos qué razones pueda haber para no evitar mediante el establecimiento de reglas comunes que los Tribunales Superiores de Justicia autonómicos pueden adoptar decisiones contradictorias en cuanto a la aplicación de medidas semejantes en situaciones similares si no idénticas.

Otras actuaciones han contribuido a reforzar la confusión sobre la organización y la distribución competencial del gobierno de la sanidad:

—La decisión de no someter a ningún control el uso por cada CA de los fondos adicionales distribuidos desde el Estado para afrontar el aumento del gasto sanitario provocado por la pandemia, cuyo importe total ascendió a 9.000 millones de euros, una decisión plasmada en un Real Decreto-Ley (22/2020, de 16 de junio) que los distribuía, de promulgación simultánea con la finalización del primer estado de alarma, contribuyó además a hacer más difícil para la ciudadanía la comprensión de la distribución de las competencias y las responsabilidades sanitarias entre las distintas Administraciones.

Liberadas de ese control externo, la utilización de esos recursos complementarios por cada CA fue por completo discrecional. Lo que permitió más tarde comprobar que en algunos casos se habían dirigido al menos parcialmente a fines no sanitarios, como la financiación de las televisiones autonómicas (330-335). Y que en otros casos en que habían sido utilizados con fines sanitarios, no se habían dirigido a financiar las actuaciones sanitarias (formación y contratación de rastreadores; reforzamiento de la atención primaria) que, conforme al criterio experto y político mayoritario, resultaban prioritarias para evitar el rebrote de la pandemia tras la reducción de su incidencia lograda con las severas medidas de restricción de la movilidad durante el estado de alarma anterior. Por el contrario se dirigieron a financiar otras llevadas a cabo conforme a criterios diferentes y contradictorios de algunas CCAA (entre ellas, la construcción del discutido y discutible hospital Enfermera Zenda por la Comunidad de Madrid), sin que hubiera ningún mecanismo que lo pudiera impedir.

—Por su parte, los déficits de los sistemas de información generales y específicos durante la pandemia, la responsabilidad de cuyo deficiente desarrollo no subsanado comparten el Gobierno y las CCAA, ha impedido llevar a cabo una valoración adecuada de los resultados de las medidas adoptadas por cada uno cuando pudieran ser contradictorias.

—Por último, en el clima de beligerancia partidista que caracteriza desde hace años la vida política española, no parece que sea exagerado decir que la falta de claridad que caracteriza la distribución de las responsabilidades y competencias sanitarias en España no sólo no ha sido un obstáculo, sino que ha servido también de instrumento para aumentar el nivel de confrontación partidaria, en perjuicio de la atención prioritaria al mejor abordaje de la pandemia.

El resultado inevitable de ese conjunto de situaciones contradictorias ha sido la ausencia de claridad y la pérdida de confianza en el gobierno sanitario, tanto por el M<sup>o</sup> de Sanidad como por las CCAA, que han tenido lugar durante la pandemia, y la pérdida

de confianza consiguiente en las medidas adoptadas por uno y otras. Lo que ha tenido como consecuencia la reducción del seguimiento de las mismas por parte de sectores significativos de la población. Una situación que ha podido contribuir a las dificultades que se han ido produciendo para el control de la pandemia en sus distintas fases en territorios y momentos concretos de su evolución.

### **VII.3. LA NECESIDAD DE UNA NUEVA LEY DE MEDIDAS EXTRAORDINARIAS EN MATERIA DE SALUD PÚBLICA.**

Esos cambios de posición sucesivos por parte del Gobierno respecto a las responsabilidades que corresponden en el gobierno sanitario a la Administración General del Estado (AGE) y a las CCAA adolecen además de otros defectos conceptuales que parecen precisar de una aclaración en términos legales que vaya más allá de cualquier interpretación que carezca de una proyección regulatoria expresa:

— En primer lugar, que “*la sanidad es competencia de las CCAA*” es una afirmación que, por mucho que sea el criterio que se viene sosteniendo sin ninguna matización de manera general, no se ajusta a la distribución constitucional de competencias y, en consecuencia, no es cierta. Basta con recurrir al texto constitucional para recordar que, además de otras competencias que podrían resultar de aplicación al gobierno de la sanidad, que no en vano constituye un promedio cercano al 40% del presupuesto y el gasto de las CCAA, el artículo 149.1.16 de la Constitución Española (CE) establece como competencia exclusiva del Estado el establecimiento de las “*bases y coordinación general de la sanidad*”, competencia esta última que incluye la capacidad ejecutiva de determinadas decisiones que adopte en función de ella.

— En segundo lugar, la sustitución de la competencia estatal de coordinación por la “*cogobernanza*” definida en los términos citados supone una limitación manifiesta del ejercicio de las res-



ponsabilidades de Gobierno del Estado sobre el mantenimiento de las condiciones universales de la protección sanitaria previstas en la Constitución Española. Supone además reservar de hecho la capacidad del Gobierno del Estado a intervenir directamente en el gobierno sanitario sólo en situaciones extraordinarias, como la producida tras la declaración del estado de alarma, supeditando cualquier otra decisión del gobierno ordinario de la sanidad que le pudiera corresponder en el ejercicio de sus competencias y obligaciones de coordinación al acuerdo mayoritario de las CCAA.

— En tercer lugar, el desarrollo de la “cogobernanza” sanitaria durante la pandemia, que ha supuesto incluso la modificación de las normas reguladoras del funcionamiento de la conferencia sectorial sanitaria, el Consejo Interterritorial del SNS, y una modificación de la Ley 29/1998, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, se ha extendido de manera preferente a un terreno, el de la restricción de la movilidad y el contacto social, que puede llegar a suponer la restricción de derechos fundamentales, un ámbito que no se corresponde con la distribución constitucional de las competencias sanitarias por razones distintas.

La primera de esas razones es que la aplicación el “derecho de crisis”, previsto en los artículos 55 y 116 de la Constitución Española, cuyo desarrollo dio lugar a la Ley orgánica 4/1981, de los estados de alarma, excepción y sitio, que dio pie, a su vez al Real Decreto 463/2020, por el que se declaró el estado de alarma para la gestión de la crisis ocasionada por el covid-19, no se vincula a ningún título competencial específico, sino a la función constitucional del Gobierno de la Nación de dirigir la política del Estado, por lo que la adopción de las medidas previstas en el mismo no cabe delegarlas en las CCAA.

La segunda, que la Ley orgánica 3/1986, de medidas especiales en materia de salud pública, promulgada a la vez que la Ley General de Sanidad, no prevé ni especifica la adopción de medidas que no se limiten a personas enfermas o en posible contacto con éstas, que puedan afectar con carácter general el ejercicio de de-

rechos fundamentales de la población general.

Fue el propio desarrollo inicial de la pandemia el que, en ausencia de instrumentos más específicos para afrontarla, exigió la adopción de medidas en ese ámbito, lo que se llevó a cabo mediante la declaración del primer estado de alarma. Sin embargo, que la sentencia del Tribunal Constitucional del 14 de julio de 2020 -aunque sin efecto real alguno, puesto que aquel estado de alarma terminó en junio de 2020- anulase la declaración citada, por mucho que lo hiciera por razones (que la adopción de determinadas medidas supuso una suspensión, y no una mera limitación de determinados derechos fundamentales) que no son compartidas por la mayoría de los juristas (336; 337; 338; 339), y que se haya anulado también la declaración del tercero, en este caso, entre otras razones, por haber delegado de manera contraria a la ley la adopción de las medidas previstas en el mismo en las CCAA, una razón compartida en este caso por la mayoría de los juristas (340; 341), ha generado una situación peculiar de vacío legal para la adopción de medidas generales de ese tipo.

Es cierto que las CCAA, tras la reforma de la Ley de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, pueden adoptar medidas que supongan limitaciones concretas y generalizadas de derechos fundamentales bajo el control de los Tribunales Superiores de Justicia, correspondiendo la labor de unificación al Tribunal Supremo. Son muchos, sin embargo, los juristas que consideran que esta previsión supone una extralimitación casi legislativa de la función jurisdiccional, que, además, podría potencialmente retardar la adopción de medidas homogéneas en todo el territorio del Estado, provocando retrasos inadecuados y contradicciones difíciles de comprender por la población que deba someterse a ellas.

Se trata, por eso, de una situación que, pese al criterio contrario del Gobierno (342; 343), no parece adecuado que deba mantenerse, pues dejaría al país en condiciones difíciles ante cualquier nuevo episodio de reactivación de la pandemia actual, o de cualquier otra nueva situación de riesgo sanitario importante que

podiera declararse; o llevaría a la necesidad de la aplicación del estado de excepción (344), cuya regulación pasa por su limitación a un tiempo estricto e improrrogable de dos meses, y cuya regulación tampoco parece adecuada a las condiciones de cualquier situación como la que estamos viviendo.

Su mejor solución pasa, por eso, conforme al criterio mayoritario de cuantos juristas se han pronunciado al respecto hasta ahora (340; 345; 346), por una nueva ley de medidas especiales o extraordinarias en materia de salud pública, con carácter de ley orgánica, cuya iniciativa parece la mínima respuesta imprescindible a la repercusión que ha tenido la pandemia, en la que cabría precisar con mayor detalle y rigor los criterios y las formas de adopción de las medidas que pudieran ser necesarias en situaciones de riesgo sanitario extremo.

La definición de las características que debe reunir la misma cuentan con el apoyo de pronunciamientos previos del Tribunal Supremo (347), y su desarrollo debería suponer una prioridad para el gobierno sanitario del país, a la vista de los problemas habidos en el mismo durante la pandemia.

Una prioridad en todo caso complementaria de la necesidad de modificar mediante ley el gobierno ordinario del SNS, con el fin de reparar los déficits institucionales y organizativos que le afectan como consecuencia de los desarrollos legales del mismo llevados a cabo desde su constitución en la LGS.



---

## BIBLIOGRAFÍA

1. People died from the coronavirus worldwide. Washington Post. Accesible en: [https://www.washingtonpost.com/graphics/2020/world/mapping-spread-new-coronavirus/?utm\\_campaign=wp\\_to\\_your\\_health&utm\\_medium=email&utm\\_source=newsletter&wpisrc=nl\\_tyh&wpmk=1&pwapi\\_token=eyJ0eXAiOiJKV1QiLCJhbGciOiJIUzI1NiJ9.eyJjb29raWVuYWV1IjoiZ3BfY3J0aWQjLCJpc3MiOiJkYXJ0YSIsImNyb2tpZXZhbHVlIjoibW4Zjg1ZjRhZGU0ZTlzODQ5NzYxMjA4IiwidGFnIjoibW4iOj09ZDZmZGF0YzgzMTE2MjY2IiwidXJsIjoiaHR0cHM6Ly93d3cud2FzaGluZ3RvbnBvc3QuY29tL2dyYXBoaWNzLzIwMjAvd29ybGQybWVwcGluZy1zcHJlYWQtbmV3LWNVcm9uYXZpcnVzLz91dG1fY2FtcGFpZ249d3BfdG9feW91cl9oZWVsdGmdXRtX21lZG11bT1lbWFpbCZ1dG1fc291cmNIPW5ld3NsZXROZXImd3Bpc3JjPW5sX3R5aCZ3cG1rPTEifQ.uqfZ5dymYckl3nBPbeLAKLSz5VYcJ8poYqCO84Migrw](https://www.washingtonpost.com/graphics/2020/world/mapping-spread-new-coronavirus/?utm_campaign=wp_to_your_health&utm_medium=email&utm_source=newsletter&wpisrc=nl_tyh&wpmk=1&pwapi_token=eyJ0eXAiOiJKV1QiLCJhbGciOiJIUzI1NiJ9.eyJjb29raWVuYWV1IjoiZ3BfY3J0aWQjLCJpc3MiOiJkYXJ0YSIsImNyb2tpZXZhbHVlIjoibW4Zjg1ZjRhZGU0ZTlzODQ5NzYxMjA4IiwidGFnIjoibW4iOj09ZDZmZGF0YzgzMTE2MjY2IiwidXJsIjoiaHR0cHM6Ly93d3cud2FzaGluZ3RvbnBvc3QuY29tL2dyYXBoaWNzLzIwMjAvd29ybGQybWVwcGluZy1zcHJlYWQtbmV3LWNVcm9uYXZpcnVzLz91dG1fY2FtcGFpZ249d3BfdG9feW91cl9oZWVsdGmdXRtX21lZG11bT1lbWFpbCZ1dG1fc291cmNIPW5ld3NsZXROZXImd3Bpc3JjPW5sX3R5aCZ3cG1rPTEifQ.uqfZ5dymYckl3nBPbeLAKLSz5VYcJ8poYqCO84Migrw)
2. Número de personas fallecidas a causa del coronavirus en el mundo por país. Statista. Accesible en: <https://es.statista.com/estadisticas/1095779/numero-de-muertes-causadas-por-el-coronavirus-de-wuhan-por-pais/>
3. The number of people who have died from covid-19 Is likely to be close to 17 m. The Economist, November 3 2021. Accesible en: <https://www.economist.com/graphic-detail/2021/11/02/the-number-of-people-who-have-died-from-covid-19-is-likely-to-be-close-to-17m>
4. Redacción ConSalud.Sanidad, una de las carteras que bailan en el intercambio entre PSOE y Podemos. Accesible en: <https://www.consalud.es/politica/sanidad-carteras-bailan-intercambio-psoc-71112-102.html>

- 
5. Ortega E. Catorce puntos sanitarios en el pacto de Gobierno de coalición PSOE-Podemos. Redacción Médica, 30 de diciembre de 2019. Accesible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/catorce-puntos-sanitarios-en-el-pacto-de-gobierno-de-coalicion-psoe-podemos-91376>. Global Preparedness Monitoring Board. A world at Risk. Annual Report on global preparedness for health emergencies. September 2019. Accesible en: [https://apps.who.int/gpmb/assets/annual\\_report/GPMB\\_annualreport\\_2019.pdf](https://apps.who.int/gpmb/assets/annual_report/GPMB_annualreport_2019.pdf)
  7. Peiró P. El mundo tiene que prepararse para la próxima gran pandemia letal. El País, Salud, 25 Octubre 2019. Accesible en: [https://elpais.com/elpais/2019/09/25/planeta-futuro/1569435266\\_953355.html](https://elpais.com/elpais/2019/09/25/planeta-futuro/1569435266_953355.html)
  8. Cameron EE, Nuzzo JB, Bell JA. Global Health Security Index: building collective action and accountability. Accesible en: <https://www.ghsindex.org/wp-content/uploads/2019/10/2019-Global-Health-Security-Index.pdf>
  9. Mukherjee S. Why does the pandemic seem to be hitting some countries harder than others?. Coronavirus Chronicles. The New Yorker, March 1, 2021 Issue. Accesible en: <https://www.newyorker.com/magazine/2021/03/01/why-does-the-pandemic-seem-to-be-hitting-some-countries-harder-than-others>
  10. Wallace-Wells W. How the West lost COVID. How did so many rich countries get so wrong? How did others get it so right?. Intelligencer, March 15, 2021. Accesible en: <https://nymag.com/intelligencer/2021/03/how-the-west-lost-covid-19.html>
  11. Our World in Data. Coronavirus Pandemic. Accesible en: <https://ourworldindata.org/coronavirus>
  12. Cordero P. El exceso de mortalidad en España: de rozar el 80% a bajar de la media de la UE. Con Salud.es, 13 de mayo de 2021. Accesible en: [https://www.consalud.es/pacientes/especial-coronavirus/exceso-mortalidad-espana-rozar-80-bajar-media-ue\\_96625\\_102.html](https://www.consalud.es/pacientes/especial-coronavirus/exceso-mortalidad-espana-rozar-80-bajar-media-ue_96625_102.html)
  13. COVID-19 cases worldwide as of June 7, 2021, by country. Accesible en: <https://www.statista.com/statistics/1043366/novel-coronavirus-2019ncov-cases-worldwide-by-country/>
  14. Number of novel coronavirus (COVID-19) deaths worldwide as of June 7, 2021, by country. Accesible en: <https://www.statista.com/statistics/1093256/novel-coronavirus-2019ncov-deaths-worldwide-by-country/>
  15. Coronavirus (COVID-19) death rate in countries with confirmed deaths and over 1,000 reported cases as of June 9, 2021, by country. Accesible en: <https://www.statista.com/statistics/1105914/coronavirus-death-rates-worldwide/>
  16. How did India beat covid-19?. Economist, October 29<sup>th</sup>, 2021. Accesible en: <https://www.economist.com/the-economist-explains/2021/10/29/how-did-india-beat-covid-19>

## BIBLIOGRAFÍA

---

17. Barbaro M. et al. Fear and Loss: Inside India's Coronavirus Crisis. NYTimes, April 28<sup>th</sup>, 2021. Accesible en: <https://www.nytimes.com/2021/04/28/podcasts/the-daily/india-coronavirus-outbreak-modi.html?showTranscript=1>
18. India's COVID-19 emergency. Lancet May 8, 2021; 397 (10286): 1683. doi: 10.1016/S0140-6736(21)01052-7. Accesible también en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8102046/pdf/main.pdf>
19. Cumming-Bruce M. 'Europe is back at the epicenter of the pandemic,' a W.H.O. official says. NYTimes, November 4, 2021. Accesible en: <https://www.nytimes.com/2021/11/04/world/europe/covid-surge-europe-who.html?>
20. Kwai I. Europe had over half of the world's Covid deaths early this month, the W.H.O. says. NYTimes, Nov 11, 2021. Accesible en: <https://www.nytimes.com/2021/11/11/world/europe/eu-covid-deaths.html>
21. Güell O. España espera sortear la sexta ola de la covid pese al impulso de la pandemia en Europa. El País, 12 Noviembre 2021. Accesible en: <https://elpais.com/sociedad/2021-11-12/espana-espera-sortear-la-sexta-ola-pese-al-impulso-de-la-pandemia-en-europa.html>
22. Kirby T. Has Spain reached herd immunity?. Lancet.com/respiratory. Published online November 2, 2021 [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(21\)00495-1](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(21)00495-1). Accesible también en: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2213-2600%2821%2900495-1>
23. Mcloughlin M. Por qué la explosión de ómicron puede ser buena noticia y qué dice sobre el futuro de la pandemia. El Confidencial, 24/12/2021. Accesible en: [https://www.elconfidencial.com/tecnologia/ciencia/2021-12-24/omicron-proximas-olas-que-nos-dice-medidas\\_3348585/?utm\\_source=onesignal&utm\\_medium=notificaciones](https://www.elconfidencial.com/tecnologia/ciencia/2021-12-24/omicron-proximas-olas-que-nos-dice-medidas_3348585/?utm_source=onesignal&utm_medium=notificaciones)
24. Bennhold K. Germany's Fourth Covid Wave: 'A Pandemic of the Unvaccinated'. NYTimes, November 11, 2021. Accesible en: <https://www.nytimes.com/2021/11/11/world/europe/germany-covid-unvaccinated.html>
25. Klompas M. Understanding Breakthrough Infections Following mRNA SARS-CoV-2 Vaccination. JAMA. 2021 Nov 23;326(20):2018-2020. doi:10.1001/jama.2021.19063. Accesible también en: [https://jamanetwork.com/journals/jama/articlepdf/2786040/jama\\_klompas\\_2021\\_ed\\_210079\\_1637351976.97837.pdf](https://jamanetwork.com/journals/jama/articlepdf/2786040/jama_klompas_2021_ed_210079_1637351976.97837.pdf)
26. Tenforde et al. Association Between mRNA Vaccination and COVID-19 Hospitalization and Disease Severity. JAMA. 2021 Nov 23;326(20):2043-2054. doi:10.1001/jama.2021.19499. Accesible también en: [https://jamanetwork.com/journals/jama/articlepdf/2786039/jama\\_tenforde\\_2021\\_oi\\_210120\\_1637351916.82689.pdf](https://jamanetwork.com/journals/jama/articlepdf/2786039/jama_tenforde_2021_oi_210120_1637351916.82689.pdf)
27. Rubin R. COVID-19 Vaccine Makers Plan for Annual Boosters, but It's

---

Not Clear They'll Be Needed. JAMA Published online November 24, 2021. Accesible en: [https://jamanetwork.com/journals/jama/articlepdf/2786818/jama\\_rubin\\_2021\\_mn\\_210070\\_1637713387.54246.pdf](https://jamanetwork.com/journals/jama/articlepdf/2786818/jama_rubin_2021_mn_210070_1637713387.54246.pdf)

28. Ansele A. La baja vacunación de los países pobres alienta las nuevas variantes. El País, 28 de noviembre de 2021. Accesible en: <https://elpais.com/ciencia/2021-11-28/tres-vacunados-por-cada-cien-personas-en-los-paises-pobres-el-caldo-de-cultivo-para-nuevas-mutaciones-del-coronavirus.html>

29. Jha A. 3 Questions We Must Answer About the Omicron Variant. NYTimes, Nov. 27 2021. Accesible en: <https://www.nytimes.com/2021/11/27/opinion/omicron-variant-questions-coronavirus.html>

30. Danner C. What We Do and Don't Know About the Omicron Variant. Intelligencer, 29-11-2021. Accesible en: [https://nymag.com/intelligencer/article/what-we-know-about-the-omicron-b11529-covid-variant.html?utm\\_source=Sailthru&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=Intelligencer%20-%20November%2029%2C%202021&utm\\_term=Subscription%20List%20-%20Daily%20Intelligencer%20%281%20Year%29](https://nymag.com/intelligencer/article/what-we-know-about-the-omicron-b11529-covid-variant.html?utm_source=Sailthru&utm_medium=email&utm_campaign=Intelligencer%20-%20November%2029%2C%202021&utm_term=Subscription%20List%20-%20Daily%20Intelligencer%20%281%20Year%29)

31. Zimmer C. New Virus Variant Stokes Concern but Vaccines Still Likely to Work. NYTimes, Nov. 26, 2021. Accesible en: <https://www.nytimes.com/2021/11/26/health/omicron-variant-vaccines.html>

32. Corum J, Zimmer C. Tracking Omicron and Other Coronavirus Variants. NYTimes, Nov. 30, 2021. Accesible en: <https://www.nytimes.com/interactive/2021/health/coronavirus-variant-tracker.html>

33. Horowitz J. Fragmented Reactions Hinder Global Fight Against Omicron Variant. NYTimes, November 29, 2021. Accesible en: [https://www.nytimes.com/2021/11/29/world/africa/coronavirus-omicron-variant-response.html?campaign\\_id=2&emc=edit\\_th\\_20211130&instance\\_id=46541&nl=todays-headlines&regi\\_id=78731582&segment\\_id=75653&user\\_id=940f8820b7fb-b3e610f81e1115bfe90](https://www.nytimes.com/2021/11/29/world/africa/coronavirus-omicron-variant-response.html?campaign_id=2&emc=edit_th_20211130&instance_id=46541&nl=todays-headlines&regi_id=78731582&segment_id=75653&user_id=940f8820b7fb-b3e610f81e1115bfe90)

34. Mueller B, Walsh D. As Omicron Variant Circles the Globe, African Nations Face Blame and Bans. NYTimes, Nov. 27, 2021. Accesible en: <https://www.nytimes.com/2021/11/27/world/africa/coronavirus-omicron-africa.html>

35. Pérez-Peña R. Omicron Variant, in at Least 20 Nations, Spread Earlier Than Was Known. NYTimes, Nov. 30, 2021. Accesible en: <https://www.nytimes.com/2021/11/30/world/omicron-coronavirus-spread.html>

36. Ferrer I. La variante ómicron ya circulaba por Europa antes de la alerta. El País, 1 de diciembre de 2021. Accesible en: <https://srv00.epimg.net/pdf/elpais/1aPagina/2021/12/ep-20211201.pdf>

37. Facher L. 'Not a cause for panic': Biden urges calm in face of Omicron fears. STAT, Nov. 29, 2021. Accesible en: <https://www.statnews.com/2021/11/29/>



## BIBLIOGRAFÍA

---

[not-a-cause-for-panic-biden-urges-calm-in-face-of-omicron-fears/?utm\\_source=STAT+Newsletters&utm\\_campaign=3c86f06fbd-Daily\\_Recap&utm\\_medium=email&utm\\_term=0\\_8cab1d7961-3c86f06fbd-152160962](https://www.who.int/news-room/feature-stories/not-a-cause-for-panic-biden-urges-calm-in-face-of-omicron-fears/?utm_source=STAT+Newsletters&utm_campaign=3c86f06fbd-Daily_Recap&utm_medium=email&utm_term=0_8cab1d7961-3c86f06fbd-152160962)

38. OMS. COVAX: colaboración para un acceso equitativo mundial a las vacunas contra la COVID-19. Accesible en: <https://www.who.int/es/initiatives/act-accelerator/covax>

39. What's C-TAP?. WHO. Accesible en: <https://www.who.int/initiatives/covid-19-technology-access-pool/what-is-c-tap>

40. Home-MPP. Accesible en: <https://medicinespatentpool.org/>

41. El “escandaloso desequilibrio” en la distribución de vacunas contra la covid-19 para ricos y pobres. El País, 9 de abril de 2021. Accesible en: [https://elpais.com/planeta-futuro/2021-04-10/el-escandaloso-desequilibrio-en-la-distribucion-de-vacunas-contra-la-covid-19-para-ricos-y-pobres.html?event\\_log=oklogin](https://elpais.com/planeta-futuro/2021-04-10/el-escandaloso-desequilibrio-en-la-distribucion-de-vacunas-contra-la-covid-19-para-ricos-y-pobres.html?event_log=oklogin)

42. Naranjo J. La inmunización solo ha llegado al 7% de los africanos. El País, 28 de noviembre de 2021. Accesible en: <https://elpais.com/sociedad/2021-11-28/la-falta-de-vacunas-las-limitaciones-logisticas-y-el-rechazo-de-parte-de-la-poblacion-lastran-la-inmunizacion-en-africa.html>

43. Wouters EJ, et al. Challenges in ensuring global Access to covid-19 vaccines: production, affordability, allocation and deployment. *Lancet*, March 13, 2021; 397(10278): 1023-1034. Published Online February 12, 2021 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00306-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00306-8). Accesible también en: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2821%2900306-8>

44. AstraZeneca's COVID-19 vaccine: EMA finds possible link to very rare cases of unusual blood clots with low blood platelets. European Medicines Agency. News, 7/04/2021. Accesible en: <https://www.ema.europa.eu/en/news/astrazenecas-covid-19-vaccine-ema-finds-possible-link-very-rare-cases-unusual-blood-clots-low-blood>

45. Mueller B. Western Warnings Tarnish Covid Vaccines the World Badly Needs. *NYTimes*, April 14, 2021. Accesible en: <https://www.nytimes.com/2021/04/14/world/europe/western-vaccines-afrika-hesitancy.html>

46. COVID-19 Vaccine Janssen: EMA finds possible link to very rare cases of unusual blood clots with low blood platelets. European Medicines Agency, News, 20/04/2021. Accesible en: <https://www.ema.europa.eu/en/news/covid-19-vaccine-janssen-ema-finds-possible-link-very-rare-cases-unusual-blood-clots-low-blood>

47. Ekstrom et al. The battle for COVID-19 vaccines highlights the need for a new global governance mechanism. *Nature Medicine*, May 21; VOL 27:738–745. Accesible en: <https://www.nature.com/articles/s41591-021-01288-8.pdf>

- 
48. Ntaba N, Uprimny R, Yacoob Z. Los derechos humanos y los Estados ante la exención de patentes covid. El País, 2 de diciembre de 2021. Accesible en: <https://elpais.com/opinion/2021-12-02/los-derechos-humanos-y-los-estados-ante-la-exencion-de-patentes-covid.html?mid=DM92091&bid=834562958>
49. Editorial. La exención de patentes. El País, 2 de diciembre de 2021. Accesible en: <https://elpais.com/opinion/2021-12-02/la-exencion-de-patentes.html>
50. Gottlieb S. Uncontrolled Spread. Why COVID-19 Crushed Us and How We Can Defeat the Next Pandemic. New York: Harper Collins, 2021.
51. Anderson et al. LSE–Lancet Commission on the future of the NHS: re-laying the foundations for an equitable and efficient health and care service after COVID-19. Lancet, May 22, 2021; 397(10288): 1915-1978. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00232-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00232-4). Accesible también en: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2821%2900232-4>
52. Baldwin P. Fighting the first Wave. Why the Coronavirus Was Tackled so differently Across the World. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2021.
53. Fuller Ja, et al. Mitigation Policies and COVID-19-Associated Mortality- 37 European Countries, January 23-June 30. 2020. MMWR, January 15, 2021; 70(2): 58-62. Accesible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/pdfs/mm7002e4-H.pdf>
54. IS Global. Barcelona Institute for Global Health. What is a Zero-COVID Strategy and How it Can Help Us Minimise the Impact of the Pandemic?. Accesible en: [www.isglobal.org/en\\_GB/-/que-es-una-estrategia-de-covid-cero-y-como-puede-ayudarnos-a-minimizar-el-impacto-de-la-pandemia-](http://www.isglobal.org/en_GB/-/que-es-una-estrategia-de-covid-cero-y-como-puede-ayudarnos-a-minimizar-el-impacto-de-la-pandemia-)
55. Lee A, Thornley S, Morris AJ, Sundborn G. Should countries aim for elimination in the covid-19 pandemic?. BMJ 2020; 370: m3410. Accesible en: <https://www.bmj.com/content/bmj/370/bmj.m3410.full.pdf>
56. McKee M. Achieving zero covid is not easy, but the alternative is far worse. BMJ 2020; 371: m3859. Accesible en: <https://www.bmj.com/content/bmj/371/bmj.m3859.full.pdf>
57. Baker M, McKee M. All countries should pursue a Covid-19 elimination strategy: here are 16 reasons why. The Guardian, 28 January 2021. Accesible en: <https://www.theguardian.com/world/commentisfree/2021/jan/28/all-countries-should-pursue-a-covid-19-elimination-strategy-here-are-16-reasons-why>
58. Oliu-Barton M, et al. SARS-CoV-2 elimination, not mitigation, creates best outcomes for health, the economy, and civil liberties. Lancet. June 12 2021; 397 (10291): 2234-2236. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00978-8. Accesible también en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8081398/pdf/main>.

## BIBLIOGRAFÍA

---

pdf

59. Mandavilli A.W.H.O. Finally Endorses Masks to Prevent Coronavirus Transmission. NYTimes, June 5, 2020. Updated Sep. 1, 2020. Accesible en: <https://www.nytimes.com/2020/06/05/health/coronavirus-masks-who.html>
60. Nuzzo J, Bell JA, Cameron EE. Suboptimal US Response to COVID-19 Despite Robust Capabilities and Resources. JAMA, October 13, 2020; 324 (14): 1391-1392. Accesible en: [https://jamanetwork.com/journals/jama/articlepdf/2770891/jama\\_nuzzo\\_2020\\_vp\\_200193\\_1602283828.25531.pdf](https://jamanetwork.com/journals/jama/articlepdf/2770891/jama_nuzzo_2020_vp_200193_1602283828.25531.pdf)
61. Clinton J, Cohen J, Lapinsky J, Trussler M. Partisan Pandemic: How partisanship and public health concerns affect individuals' social mobility during COVID-19. Science Advances, January 6, 2021; 7(2): eabd7204. Accesible en: <https://advances.sciencemag.org/content/7/2/eabd7204>
62. Rinehart RJ. US face mask usage relatively uncommon in outdoor settings. Gallup, August 7, 2020. Accesible en: <https://news.gallup.com/poll/316928/face-mask-usage-relatively-uncommon-outdoor-settings.aspx>
63. Baker P. Trump, in a shift, endorses masks and says virus will get worse. NYTimes, July 21, 2020. Accesible en: <https://www.nytimes.com/2020/07/21/us/politics/trump-coronavirus-masks.html>
64. Rucker P, Kim SM. Republican leaders now say everyone should wear a mask- even as Trump refuses and has mocked some who do. Washington Post, June 30, 2020. Accesible en: [https://www.washingtonpost.com/politics/republican-leaders-now-say-everyone-should-wear-a-mask--even-as-trump-refuses-and-mocks-those-who-do/2020/06/30/995a32d0-bae9-11ea-80b9-40ece9a701dc\\_story.html](https://www.washingtonpost.com/politics/republican-leaders-now-say-everyone-should-wear-a-mask--even-as-trump-refuses-and-mocks-those-who-do/2020/06/30/995a32d0-bae9-11ea-80b9-40ece9a701dc_story.html)
65. Oxner R. White Republicans are refusing to get the COVID-19 vaccine more than any other demographic group in Texas. The Texas Tribune, March 24, 2021. Accesible en: <https://www.texastribune.org/2021/03/23/covid-vaccine-hesitancy-white-republicans/>
66. Freira L, Sartorio M, Boruchowicz C, Lopez Boo F, Navajas J. The irrational interplay between partisanship, beliefs about the severity of the COVID-19 pandemic, and support for policy interventions. Preprint, October 19, 2020. [10.31234/osf.io/4cgfw](https://doi.org/10.31234/osf.io/4cgfw). Accesible también en: <https://psyarxiv.com/4cgfw/>
67. Salas J. La polarización se revela como un factor de riesgo en la pandemia. El País, 8 de enero de 2021. Accesible en: [https://elpais.com/ciencia/2021-01-07/esta-costando-vidas-la-polarizacion.html?event\\_log=oklogin](https://elpais.com/ciencia/2021-01-07/esta-costando-vidas-la-polarizacion.html?event_log=oklogin)
68. Charron N, Lapuente V, Rodríguez Pose A. Uncooperative society, uncooperative politics or both? Polarization and Populism Explain Excess Mortality for COVID-19 across European regions. Working paper series 2020:12qog the quality of government institute. Department of Political Science University of

---

Gothenburg, December 2020. Accessible en: [https://www.gu.se/sites/default/files/2020-12/2020\\_12\\_Charron\\_Lapunte\\_Rodriguez-Pose.pdf](https://www.gu.se/sites/default/files/2020-12/2020_12_Charron_Lapunte_Rodriguez-Pose.pdf)

69. Rogers K. After Attacks From Trump Aides, Fauci Says ‘Let’s Stop This Nonsense’ and Focus on Virus. NYTimes, July 15, 2020. Accessible en: <https://www.nytimes.com/2020/07/15/us/politics/fauci-navarro-coronavirus.html> .

70. Rowland C, Cenziper D, Rein L. White House Side-stepped FDA to Distribute Hydroxychloroquines to Pharmacies, Documents Show: Trump Touted the Pills to Treat Covid-19. Washington Post, October 31, 2020. Accessible en: <https://www.washingtonpost.com/business/2020/10/31/trump-hydroxychloroquine-stockpile-pharmacies/>

71. Interlandi J. When science is pushed aside. NYTimes, October 20, 2020. Accessible en: <https://www.nytimes.com/2020/10/16/opinion/trump-covid-public-health.html>

72. Cheibub JA, Hong JYJ, Przeworski A. Rights and Deaths: Government Reactions to the Pandemic. SocArXiv Papers, July 7, 2020. Accessible en: <https://osf.io/preprints/socarxiv/fte84/>

73. Frey CB, Chen C, Presidente G. Democracy, Culture, and Contagion: Political Regimes and Countries Responsiveness to COVID-19. Oxford Martin School–University of Oxford. Publications. May 13, 2020; Accessible en: [https://www.oxfordmartin.ox.ac.uk/downloads/academic/Democracy-Culture-and-Contagion\\_May13.pdf](https://www.oxfordmartin.ox.ac.uk/downloads/academic/Democracy-Culture-and-Contagion_May13.pdf)

74. Cameron D. The Relative Performance of Federal and Non-federal Countries During the Pandemic. Forum of Federations. Ocasional Paper Series, Number 50. Accessible en: [http://www.forumfed.org/wp-content/uploads/2021/04/OPS50\\_Relative\\_Performance\\_During\\_the\\_Pandemic1.pdf](http://www.forumfed.org/wp-content/uploads/2021/04/OPS50_Relative_Performance_During_the_Pandemic1.pdf)

75. Vampa D. COVID-19 and Territorial Policy Dynamics in Western Europe: Comparing France, Spain, Italy, Germany, and the United Kingdom. Publius: The Journal of Federalism, 2021; volume 51 number 4, pp. 601-626 doi:10.1093/publius/pjab017. Accessible también en: <https://academic.oup.com/publius/article/51/4/601/6310391>

76. Hattke F, Martin H. Collective action during the Covid-19 pandemic: The case of Germany’s fragmented authority. Administrative Theory & Praxis, September 1, 2020; 42:4, 614-632, DOI: <https://10.1080/10841806.2020.1805273>. Accessible también en: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/10841806.2020.1805273?needAccess=true>

77. Twomey A. Multi-Level Government and COVID-19: Australia as a case study. MELBOURNE FORUM on Constitution-Building. Accessible en: [https://law.unimelb.edu.au/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/3473832/MF20-Web3-Aust-ATwomey-FINAL.pdf](https://law.unimelb.edu.au/_data/assets/pdf_file/0003/3473832/MF20-Web3-Aust-ATwomey-FINAL.pdf)

## BIBLIOGRAFÍA

---

78. Tulich T, Reilly B, Murray S. The National Cabinet: Presidentialised Politics, Power-sharing and a Deficit in Transparency. AUSPUBLAW, 23/10/2020. Accesible en: <https://auspublaw.org/2020/10/the-national-cabinet-presidentialised-politics-power-sharing-and-a-deficit-in-transparency/>
79. Rizzi M, Tulich T. The Australian Response to COVID-19: A Year in Review, February 22, 2021. Accesible en: <https://verfassungsblog.de/the-australian-response-to-covid-19-a-year-in-review/>
80. Carling R. Has federalism failed us in the pandemic?. Spectator/Australia, September 30, 2020. Accesible en: <https://www.spectator.com.au/2020/09/has-federalism-failed-us-in-the-pandemic/>
81. Hattke F, Martin H. Collective action during the Covid-19 pandemic: The case of Germany's fragmented authority. Administrative Theory & Praxis, September 1, 2020; 42:4, 614-632, DOI: <https://10.1080/10841806.2020.1805273>. Accesible también en: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/10841806.2020.1805273?needAccess=true>
82. Lopez G. Germany contained Covid-19. Politics brought it back. VOX, April 21, 2021. Accesible en: <https://www.vox.com/22352348/germany-covid-19-coronavirus-pandemic>
83. Hyde R. Controversy surrounds Merkel's new Lockdown Powers. Lancet, May 1, 2021; 397: 1610.doi: 10.1016/S0140-6736(21)00992-2. Accesible también en: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(21\)00992-2.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(21)00992-2.pdf)
84. Van Dine S. A tale of two federations and their (mis)handling of the pandemic. iPolitics, Feb 5, 2021. Accesible en: <https://ipolitics.ca/2021/02/05/a-tale-of-two-federations-and-their-mishandling-of-the-pandemic/>
85. COVID-19 pandemic in Canada. Accesible en: [https://en.wikipedia.org/wiki/COVID-19\\_pandemic\\_in\\_Canada](https://en.wikipedia.org/wiki/COVID-19_pandemic_in_Canada)
86. Dangerfield K. Lockdowns, curfew, stay-at-home order: What's next in Canada's COVID-19 fight?. Global News, January 13, 2021. Accesible en: <https://globalnews.ca/news/7567857/coronavirus-travel-restrictions-canada-lockdown/>
87. Münchau W. La nueva ola de covid. El País, 22 de noviembre de 2021. Accesible en: <https://elpais.com/opinion/2021-11-22/la-nueva-ola-de-covid.html>
88. Yoon J. Hong-Kong will offer extra-shots to high-risk residents next week. NYTimes, Nov. 4, 2021. Accesible en: <https://www.nytimes.com/2021/11/04/world/asia/hong-kong-will-offer-booster-shots-to-high-risk-residents-next-week.html>
89. Asian countries are at last abandoning zero-covid strategies. Economist, Oct

---

9<sup>th</sup> 2021. Accesible en: <https://www.economist.com/asia/2021/10/09/asian-countries-are-at-last-abandoning-zero-covid-strategies>

90. DeFoo C. et al. Navigating from SARS-CoV-2 elimination to endemicity in Australia, Hong-Kong, New Zealand, and Singapore. *Lancet*, 2021 Oct 30;398(10311):1547-1551. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02186-3. Epub 2021 Oct 4. Accesible también en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8489883/pdf/main.pdf>

91. Cumming-Bruce N. “Europe is back at the epicenter of the pandemic”, a WHO official says. *NYTimes*, Nov. 4, 2021. Accesible en: <https://www.nytimes.com/2021/11/04/world/europe/covid-surge-europe-who.html>

92. Horowitz J. Center of Italy’s Anti-Vaccines Protests Is Now a Covid Hot Spot. *NYtimes*, No. 4, 2021. Accesible en: <https://www.nytimes.com/2021/11/04/world/asia/hong-kong-will-offer-booster-shots-to-high-risk-residents-next-week.html>

93. Klompas M. Breakthrough Infections Following mRNA SARS-CoV-2 Vaccination. *JAMA* 2021;326(20):2018-2020. doi:10.1001/jama.2021.19063. Accesible en: [https://jamanetwork.com/journals/jama/articlepdf/2786040/jama\\_klompas\\_2021\\_ed\\_210079\\_1637351976.97837.pdf](https://jamanetwork.com/journals/jama/articlepdf/2786040/jama_klompas_2021_ed_210079_1637351976.97837.pdf)

94. Sánchez-Cuenca I. España comparada: incidencia de la Covid y reacción del Gobierno. *Ctxt*, 22/04/2020. Accesible en: <https://ctxt.es/es/20200401/Politica/31995/analisis-comparativa-medidas-Espa%C3%B1a-Europa-coronavirus-Ignacio-Sanchez-Cuenca.htm>

95. Bernacer J, García-Manglano J, Camina E, Güell F. Polarization of beliefs as a consequence of the COVID-19 pandemic: The case of Spain. *PLoS ONE* 16(7): e0254511. Published Online July 13, 2021. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254511>. Accesible en: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0254511&type=printable>

96. Pérez JR. España registró 95.860 muertes en siete fases de exceso de fallecimientos. *El Debate*, 29/10/2021. Accesible en: <https://www.eldebate.com/salud/20211029/espana-registro-95-860-muertes-siete-fases-exceso-fallecimientos.html>

97. Editorial. El triste récord de Madrid. *Ctxt*, 3/11/2021. Accesible en: <https://ctxt.es/es/20211101/Firmas/37782/editorial-madrid-record-mortalidad-covid-pandemia-UE.htm>

98. Jiménez V. Ayuso: una estrategia efectista contra una pandemia desbocada. *Ctxt*, 3/10/2020. Accesible en: <https://ctxt.es/es/20201001/Politica/33646/Vanesa-Jimenez-covid-Madrid-estrategia-efectista-Ayuso-test-antigenos.htm>

99. Estado de alarma. Accesible en: <https://www.lamoncloa.gob.es/covid-19/Paginas/estado-de-alarma.aspx>

## BIBLIOGRAFÍA

---

100. Royo S. Responding to COVID-19: The Case of Spain. *European Policy Analysis*, 2020;6:180–190. Published online 2020 Nov 18. doi: [10.1002/epa2.1099](https://doi.org/10.1002/epa2.1099). Accesible también en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7753436/pdf/EPA2-6-180.pdf>
101. Estadística de Gasto Sanitario Público 2019. Ministerio de Sanidad. Accesible en: <https://www.mschs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>
102. Cortés N. “España carece de sistemas de información que permitan tomar decisiones rápidas sobre la covid-19”. *ConSaludTV*, 25 de febrero de 2021. Accesible en: [https://www.consalud.es/consalud-tv/espana-carece-sistemas-informacion-permitan-tomar-decisiones-rapidas-covid-19\\_93022\\_102.html](https://www.consalud.es/consalud-tv/espana-carece-sistemas-informacion-permitan-tomar-decisiones-rapidas-covid-19_93022_102.html)
103. Ferri J. La difícil lectura de los datos oficiales de la pandemia. *Nada es Gratis*, 22-02-2021. Accesible en: <https://nadaesgratis.es/javier-ferri/la-dificil-lectura-de-los-datos-oficiales-de-la-epidemia>
104. Simó J. Datos oficiales equivocadísimos sobre niños muertos por covid19 en España: una bochornosa chapuza inaceptable. *Salud, dinero y Atención Primaria*, 20-3-2021. Accesible en: <http://saludineroap.blogspot.com/2021/03/datos-oficiales-equivocadisimos-sobre.html>
105. El Bisturí. El Parlament catalán se cansa de los fallos de conteo del Covid. *Redacción Médica*, 5 de mayo de 2021. Accesible en: <https://www.redaccion-medica.com/bisturi/el-parlament-catalan-se-cansa-de-los-fallos-de-conteo-del-covid-9372>
106. Componente 18 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia. Gobierno de España. Accesible en: <https://www.lamoncloa.gob.es/temas/fondos-recuperacion/Documents/05052021-Componente18.pdf>
107. Sistema de información sanitaria. Accesible en: <https://www.mschs.gob.es/estadEstudios/portada/home.htm#>
108. Hidalgo Vera A, del Llano Señaris J. Sistema de Información Sanitaria en España (SISAN). Fundación Gaspar Casal-Fundación Sanitas-Fundación Lilly; Barcelona, 2004. Accesible en: <http://institutomaxweber.org/wp-content/uploads/pdf/sisan1.pdf>
109. Calendario 2021 de difusión de publicaciones del sistema de información sanitaria. Accesible en: [https://www.mschs.gob.es/estadEstudios/portada/docs/Calendario\\_DifusionSIS.pdf](https://www.mschs.gob.es/estadEstudios/portada/docs/Calendario_DifusionSIS.pdf)
110. Sistema de información sobre listas de espera en el sistema nacional de salud SISLE-SNS. Indicadores Resumen. Situación a 30/VI/2020. Accesible en: [https://www.mschs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/LISTAS\\_PUBLICACION\\_jun2020.pdf](https://www.mschs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/LISTAS_PUBLICACION_jun2020.pdf)
111. Defensor del Pueblo. Listas de espera en el sistema nacional de salud. In-

---

formes, Estudios y Documentos, 2002. Accesible en: <https://www.defensordel-pueblo.es/wp-content/uploads/2015/05/2002-01-Listas-de-espera-en-el-Sistema-Nacional-de-Salud.pdf> .

112. González López-Valcárcel B, Barber Pérez P. Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España. Madrid; Fundación Alternativas-Laboratorio de Alternativas. Documento de trabajo 90/2006. Accesible en: <https://www.fundacionalternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/desigualdades-territoriales-en-el-sistema-nacional-de-salud-sns-de-espana>

113. Gutiérrez Ibañes L. Listas de espera: desigualdad regional de más del doble en demoras y derechos. Diario Médico, 9 de enero de 2019. Accesible en: <https://www.diariomedico.com/politica/listas-de-espera-desigualdad-regional-de-mas-del-doble-en-demoras-y-derechos.html>

114. Gutiérrez Ibañes L. Acabar con la lista de espera no es cuestión de tiempo. Diario Médico, 9 de enero de 2019. Accesible en: <https://www.diariomedico.com/politica/acabar-con-la-lista-de-espera-no-es-cuestion-de-tiempo.html>

115. Defensor del Pueblo. Listas de espera en el sistema nacional de salud. Informes, Estudios y Documentos, 2002. Accesible en: <https://www.defensordel-pueblo.es/wp-content/uploads/2015/05/2002-01-Listas-de-espera-en-el-Sistema-Nacional-de-Salud.pdf>

116. Europa Press. Las desigualdades entre CCAA y las listas de espera centran las quejas recogidas por el Defensor del Pueblo en 2011. EcoDiario.es, 29 de marzo de 2012. Accesible en: <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-desigualdades-ccaa-listas-espera-centran-quejas-recogidas-defensor-pueblo-2011-20120329124816.html>

117. Ramírez A. El informe del Defensor del Pueblo pone en evidencia las eternas listas de espera sanitaria. Diario Crítico, 27 de febrero 2014, Accesible en: <https://www.diariocritico.com/noticia/451519/nacional/el-informe-del-defensor-del-pueblo-pone-en-evidencia-las-eternas-listas-de-espera-sanitaria.html>

118. Mouzo J. Las quejas sobre sanidad al Defensor del Pueblo crecen un 60% en un año. El País, 11 de Junio de 2019. Accesible en: [https://elpais.com/sociedad/2019/06/11/actualidad/1560248523\\_478458.html](https://elpais.com/sociedad/2019/06/11/actualidad/1560248523_478458.html)

119. Costas Lombardía E. Las listas de espera son parte del sistema de la Sanidad gratuita. Bez.es, 6 de marzo de 2017. Accesible en: <https://www.bez.es/380426178/Listas-de-espera.html>

120. Atlas de Variaciones en la Práctica Médica. Accesible en: <https://www.atlasvpm.org/>

121. Carroll AE. Here's the Biggest Thing to Worry About With Coronavirus. NYTimes, March 12, 2020Accesibleen: <https://www.nytimes>.



## BIBLIOGRAFÍA

---

[com/2020/03/12/upshot/coronavirus-biggest-worry-hospital-capacity.html](https://www.elpais.com/2020/03/12/upshot/coronavirus-biggest-worry-hospital-capacity.html)

122. Mounk Y. The Extraordinary Decisions Facing Italian Doctors. The Atlantic, March 11, 2020. Accesible en: <https://www.theatlantic.com/ideas/archive/2020/03/who-gets-hospital-bed/607807/>

123. Rey del Castillo J, Gálvez R. Reflexiones sanitarias sobre el coronavirus desde casa. El País, Blog Alternativas, 20 marzo de 2020. Accesible en: [https://elpais.com/economia/2020/03/18/alternativas/1584526227\\_468294.html](https://elpais.com/economia/2020/03/18/alternativas/1584526227_468294.html)

124. Mouzo J. Los casos de covid en intensivistas se desploman a niveles de octubre. El País, lunes 24 de mayo de 2021. Accesible en: <https://elpais.com/sociedad/2021-05-24/los-casos-de-covid-en-la-uci-caen-a-los-niveles-de-octubre.html>

125. La gestión de los centrosy servicios del SNS. Capítulo 4 en: Rey del Castillo (coord.). Análisis y propuestas para la regeneración de la sanidad pública en España. Documento de Trabajo 190/2015. Laboratorio de Alternativas. Fundación Alternativas. Accesible en: [https://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio\\_documentos\\_archivos/47a0bc83a71e121bef785c7c-d13e370.pdf](https://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/47a0bc83a71e121bef785c7c-d13e370.pdf)

126. Pérez Romero C, Ortega Díaz MI, Ocaña Riola R, Martín Martín JJ. Análisis multinivel de la eficiencia técnica del Sistema Nacional de Salud español por tipo de propiedad y gestión. Gaceta Sanitaria, 2019; 33(4): 325-332. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.02.005>. También accesible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/gs/v33n4/0213-9111-gs-33-04-325.pdf>

127. Gervas J. Hospital IFEMA de las maravillas (covid19 a la madrileña). Acta Sanitaria, 10 de marzo de 2021. Accesible en: <https://www.actasanitaria.com/hospital-ifema-de-las-maravillas-covid19-a-la-madrilena/>

128. Público. El gasto en las obras del Isabel Zendal ronda los 135 millones, casi el triple de lo presupuestado inicialmente. Público, 31 de diciembre de 2020. Accesible en: <https://www.publico.es/sociedad/hospital-isabel-zendal-gasto-obras-isabel-zendal-ronda-135-millones-triple-presupuestado-inicialmente.html>

129. Asuar Gallego B. El hospital Zendal no tiene cámaras mortuorias y un celador custodia los cuerpos de los fallecidos. Público, 24 de enero de 2021. Accesible en: <https://www.publico.es/sociedad/hospital-isabel-zendal-hospital-zendal-no-camaras-mortuorias-celador-custodia-cuerpos-fallecidos.html>

130. Asuar Gallego B. Sanitarios del Zendal denuncian las pésimas condiciones de trabajo pese a las amenazas. Público, 19 de enero de 2021. Accesible en: <https://www.publico.es/sociedad/hospital-isabel-zendal-sanitarios-zendal-denuncian-pesimas-condiciones-pese-amenazas-ayuso.html>

- 
131. Los profesionales del Hospital Isabel Zendal, tratados como fichas del juego electoral. Acta Sanitaria, Dimes y Diretes, 5 de abril de 2021. Accesible en: [https://www.actasanitaria.com/dimes\\_y\\_directes/los-profesionales-del-hospital-isabel-zendal-tratados-como-fichas-del-juego-electoral/](https://www.actasanitaria.com/dimes_y_directes/los-profesionales-del-hospital-isabel-zendal-tratados-como-fichas-del-juego-electoral/)
132. Villar F./EFE. Más Madrid interpone una denuncia por las “numerosas deficiencias” del hospital Zendal. Público, 27 de enero de 2021. Accesible en: <https://www.publico.es/sociedad/hospital-epidemias-madrid-denuncia-inspeccion-sanitaria-posible-incumplimiento-normativas-zendal.html>
133. Valdés I, Mateo JJ. El Zendal derivó al 24,6% s de sus enfermos críticos a otros hospitales. El País-Madrid, 10 de Junio de 2021. Accesible en: <https://elpais.com/espana/madrid/2021-06-10/el-zendal-traslado-al-246-de-sus-enfermos-criticos-a-otros-hospitales-de-madrid.html>
134. Hospital de Valdebebas. Noticias. Ayuso pasa de ofrecer el Zendal para almacenar vacunas a pagar por su almacenamiento 261.949,06 euros. Accesible en: <http://www.losnoveses.net/Personajes%20Populares/Diaz%20Ayuso,%20Isabel/Zendal/zend%20de%202020alnoticiasenero2021.htm#>
135. Casado V. La atención primaria, la gran olvidada de la sanidad pública. Cadena SER. Hoy por hoy. Madrid. 11 de mayo de 2020. Recuperado de: [https://cadenaser.com/programa/2020/05/11/hoy\\_por\\_hoy/1589187247\\_114292.html](https://cadenaser.com/programa/2020/05/11/hoy_por_hoy/1589187247_114292.html) Minuto 07:54.
136. Palomo L. Expertos que ni atienden pacientes ni ponen vacunas. Salud, dinero y atención primaria, miércoles 16 de diciembre de 2020. Accesible en: <http://saludineroop.blogspot.com/2020/12/expertos-que-ni-atienden-pacientes-ni.html>
137. Simó J. Darías: “no hay presión” (en el hospital)... a primaria que le zurzan. Salud, dinero y atención primaria, 4 de julio de 2021. Accesible en: <http://saludineroop.blogspot.com/2021/07/darias-no-hay-presion-en-el-hospital.html>
138. Simó J. Recordando a mis compañeros muertos por covid19. Salud, dinero y atención primaria, 1 de junio de 2021. Accesible en: <http://saludineroop.blogspot.com/2021/06/recordando-mis-companeros-muertos-por.html>
139. Mouzo J. La sobrecarga por la pandemia pone los centros de salud al límite. El País, lunes 31 de mayo de 2021, p. 28. Publicado con modificaciones en Internet como El peso de la pandemia que soportan los centros de salud: agotados, sobrecargados, infradotados y sin reconocimiento. Accesible en: <https://elpais.com/sociedad/2021-05-30/el-peso-de-la-pandemia-que-soportan-los-centros-de-salud-agotados-sobrecargados-infradotados-y-sin-reconocimiento.html>
140. Vázquez IF. Un centro de salud al límite. El País-Madrid, 1 de julio de 2021. Accesible en: <https://elpais.com/espana/madrid/2021-06-30/un-cen->

## BIBLIOGRAFÍA

---

[tro-de-salud-de-madrid-al-limite-77-pacientes-citados-para-un-medico-en-una-sola-manana.html](#)

141. Editorial. Situación insostenible. El País, 1 de junio de 2021. Accesible en: <https://elpais.com/opinion/2021-06-01/situacion-insostenible-en-la-atencion-primaria.html>

142. Mouzo J. El auge de contagios de coronavirus en jóvenes amenaza con desbordar la atención primaria. El País, 5 de julio de 2021. Accesible en: <https://elpais.com/sociedad/2021-07-05/el-auge-de-contagios-de-coronavirus-en-jovenes-amenaza-con-desbordar-la-atencion-primaria.html>

143. Valdés I. Un plan para Atención Primaria propone cerrar decenas de centros. El País-Madrid, 25 de mayo de 2021. Accesible en: <https://elpais.com/espana/madrid/2021-05-25/un-plan-para-atencion-primaria-plantea-cerrar-decenas-de-centros-de-salud-en-madrid.html> .

144. Simó J. Líderes en seguros médicos privados y en la trituradora. Salud, dinero y atención privada, 13 de junio de 2021. Accesible en: <http://saludine-roap.blogspot.com/2021/06/lideres-en-seguros-medicos-privados-y.html>

145. El Foro de Atención Primaria, preocupado por las escasas plazas MIR elegidas en Medicina Familiar. Acta Sanitaria- Política y Sociedad, 5 de julio de 2021. Accesible en: <https://www.actasanitaria.com/foro-atencion-primaria-preocupado-plazas-mir/>

146. Minué Lorenzo S, Bravo Toledo R, Simó Miñana J. Lecciones no aprendidas de la pandemia de la COVID-19. Actualización en Medicina de Familia, 2020. Accesible en: [https://amf-semfyc.com/web/article\\_ver.php?id=2717](https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2717)

147. Simó J. La serpiente persiste porque el descremado se mantiene. Salud, dinero y atención primaria, 20 de junio de 2021. Accesible en: <http://saludine-roap.blogspot.com/2021/06/la-serpiente-persiste-porque-el.html>

148. Ledesma A. Entidades de base asociativa: un modelo de provisión asistencial participado por los profesionales sanitarios. Valoración actual y retos futuros. Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI, 2005; 3(1): 73-81. Accesible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-entidades-base-asociativa-un-modelo-13073396>

149. Rey del Castillo J. (Coord.). La situación y la gestión del personal en el sistema sanitario español. Capítulo V en: Análisis y propuestas para la regeneración de la sanidad pública en España. Madrid. Fundación Alternativas- Laboratorio de Alternativas. Documento de Trabajo 190/2015. pp: 245-314. Accesible en: <https://www.fundacionalternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/analisis-y-propuestas-para-la-regeneracion-de-la-sanidad-publica-en-espana>

150. Rey del Castillo J. Las políticas sobre personal sanitario de todos los

---

partidos, en el espejo de la «prescripción enfermera». NoGracias, 28 de Junio de 2016. Accesible en: <http://www.nogracias.org/2016/06/28/prescripcion-de-enfermeria/>

151. Simó Miñana J. Deterioro institucional y de la Atención Primaria. Acta Sanitaria, 20 de diciembre de 2019. Accesible en: <https://www.actasanitaria.com/deterioro-institucional-y-de-la-atencion-primaria/>

152. Rodríguez M, Stoyanova A. The effect of private insurance access on the choice of GP/specialist and public/private provider in Spain. Health Economics, Jul2004;13(7):689-703. doi: 10.1002/hec.832. Accesible también en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15259047/>

153. van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. CMAJ • January 17, 2006; 174(2): 177-183. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1329455/pdf/20060117s00017p177.pdf>

154. Urbanos Garrido R. La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. Gaceta Sanitaria, 2016; 30(S1): 25–30. Accesible en: <https://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-S0213911116000248>

155. Urbanos R, González B. Sanidad y desigualdad. En: 2º Informe sobre Desigualdad en España 2015. Madrid: Fundación Alternativas; 2015. p. 155-91. Accesible en: [https://www.fundacionalternativas.org/public/storage/publicaciones\\_archivos/f5024a133ab06b2aa3f348484edc2274.pdf](https://www.fundacionalternativas.org/public/storage/publicaciones_archivos/f5024a133ab06b2aa3f348484edc2274.pdf)

156. Simó J. Estado de salud autopercebido y ausencia al trabajo por problemas de salud según clase social y tipo de aseguramiento. Salud, dinero y atención primaria, 1 de junio de 2016. Accesible en: <https://saludineriap.blogspot.com/2016/06/estado-de-salud-autopercebido-y.html>

157. Simó J. ¿Ha padecido alguna vez ...? Según clase social y tipo de aseguramiento (EESE2014). Salud, dinero y atención primaria, 12 de Junio de 2016. Accesible en: <https://saludineriap.blogspot.com/2016/06/ha-padecido-alguna-vez-segun-clase.html>

158. Simó J. Clase social y tipo de aseguramiento según la EESE. Salud, dinero y atención primaria, 10 de abril de 2016. Accesible en: <https://saludineriap.blogspot.com/2016/04/clase-social-y-tipo-de-aseguramiento.html>

159. Simó J. Consumo de tabaco y alcohol según clase social y tipo de aseguramiento (EESE 2014). Salud, dinero y atención primaria, 22 de mayo de 2016. Accesible en: <https://saludineriap.blogspot.com/2016/05/consumo-de-tabaco-y-alcohol-segun-clase.html>

160. Simó J. Apoyo social y cuidado de enfermos según clase social y tipo de aseguramiento (EESE2014). Salud, dinero y atención primaria, 8 de mayo de 2016. Accesible en: <https://saludineriap.blogspot.com/2016/05/apoyo-so>

## BIBLIOGRAFÍA

---

[cial-y-cuidado-de-enfermos.html](#)

161. Simó J. Últimas cifras del descremado sociológico de la atención primaria española. EL MÉDICO, marzo 2017; 1180: 8-15. Accesible en: [https://47700e-ce-77ae-4ad9-bf57-3f5427a75f09.filesusr.com/ugd/333ecd\\_8b5ad6e7babd-41d2a824492713e621ad.pdf](https://47700e-ce-77ae-4ad9-bf57-3f5427a75f09.filesusr.com/ugd/333ecd_8b5ad6e7babd-41d2a824492713e621ad.pdf)

162. Rey del Castillo J (Coord.). El derecho a la protección sanitaria en España. Capítulo 1 en: Análisis y propuestas para la regeneración de la sanidad pública en España. Op. Citada, pp. 55-90. Accesible en: <https://www.fundacionalternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/analisis-y-propuestas-para-la-regeneracion-de-la-sanidad-publica-en-espana>

163. Rey del Castillo J. La integración de las Mutualidades de Funcionarios en el SNS, una prioridad de política sanitaria. Acta Sanitaria, 12 de julio de 2016. Accesible en: <https://www.actasanitaria.com/la-integracion-de-las-mutualidades-de-funcionarios-en-el-sns-una-prioridad-de-politica-sanitaria/>

164. Real Decreto 480/1993, de 2 de abril, por el que se integra en el Régimen General de la Seguridad Social el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Funcionarios de la Administración Local. Accesible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1993-8974>.

165. Rey del Castillo J. La engañosa ‘universalidad’ del Real Decreto-Ley del gobierno socialista. Acta Sanitaria, 5 de octubre de 2018. Accesible en: <https://www.actasanitaria.com/razones-para-corregir-el-intento-de-volver-a-universalizar-nuestro-sistema-sanitario/>

166. Redacción. Muface facturó 11.000 recetas de manera irregular y sin comprobante médico. Redacción Médica, 16 de octubre de 2017. Accesible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/privada/muface-facturo-11-000-recetas-de-manera-irregular-y-sin-comprobante-medico-5068>

167. Rodríguez P. Muface tiene que corregir las “irregularidades” de su gasto en medicamentos. 26 de febrero de 2018. Accesible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/privada/muface-tiene-que-corregir-las-irregularidades-de-su-gasto-en-medicamentos-2751>

168. Informe nº 1231 de fiscalización sobre la gestión y el control de las prestaciones farmacéuticas a cargo de la mutualidad general de funcionarios civiles del estado, ejercicio 2015. Accesible en: <https://www.redaccionmedica.com/contenido/imagenes/InformeMufaceTribunalCuentas.pdf>

169. Resolución de 23 de noviembre de 2017, aprobada por la Comisión Mixta para las Relaciones con el Tribunal de Cuentas, en relación con el Informe de fiscalización sobre la gestión y el control de las prestaciones farmacéuticas a cargo de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, ejercicio 2015. Accesible en: <https://boe.es/boe/dias/2018/02/26/pdfs/BOE-A-2018-2665.pdf>

---

170. Alcalá C. Tribunal de Cuentas: Isfas destruye recetas e 'infla' el precio a fármacos. Redacción Médica, 13 de marzo de 2017. Accesible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/privada/tribunal-de-cuentas-isfas-destruye-recetas-e-infla-el-precio-a-farmacos-5692> .

171. Informe nº 1205 de fiscalización sobre la gestión y control de las prestaciones farmacéuticas a cargo del instituto social de las fuerzas armadas, ejercicio 2015. Accesible en: <https://www.redaccionmedica.com/contenido/images/I1205.pdf>

172. García Marco C. Coordinación sanitaria y recetas mutualistas tras recomendaciones del Tribunal de Cuentas. Acta Sanitaria, 18 de enero de 2018. Accesible en: <https://www.actasanitaria.com/coordinacion-sanitaria-y-rece-tas-mutualistas-tras-las-recomendaciones-del-tribunal-de-cuentas/>

173. Informe nº 673 de la fiscalización especial sobre el proceso de afiliación del personal adscrito a la mutualidad general judicial (MUGEJU) y su repercusión en el pago de prestaciones otorgadas por esa entidad. Accesible en: <https://www.tcu.es/repositorio/470710e3-268a-48d5-bff8-6deef53e9c94/673%20MUGEJU.pdf>

174. Alcalá C. Muface: el coste de los ingresos Covid en la pública corresponde a las CCAA. Redacción Médica, 8 de febrero de 2021. Accesible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/privada/muface-coste-ingresos-co-vid-publica-corresponde-ccaa-3550>

175. EFE/La sexta.com. Hasta 12 comunidades ya han firmado convenios para derivar pacientes de COVID a la sanidad privada ante la saturación hospitalaria. 7 de febrero de 2021. Accesible en: [https://www.lasexta.com/noticias/nacional/12-comunidades-firman-convenios-derivar-pacientes-covid-sani-dad-privada-saturacion-hospitalaria\\_20210207601fc755cf7101f000151bc75.html](https://www.lasexta.com/noticias/nacional/12-comunidades-firman-convenios-derivar-pacientes-covid-sani-dad-privada-saturacion-hospitalaria_20210207601fc755cf7101f000151bc75.html)

176. Agencias. La tensión hospitalaria lleva a 10 comunidades a enviar enfermos a la privada. La Vanguardia, 3/02/2021. Accesible en: <https://www.lavanguardia.com/vida/20210203/6219136/tension-hospitalaria-coronavirus-10-comu-nidades-enviar-enfermos-privada.html>

177. Munárriz A. Los hospitales privados reclaman 246 millones por el covid-19 mientras Gobierno y autonomías discrepan sobre quién paga la factura. Infolibre, 27 de junio de 2020. Accesible en: [https://www.infolibre.es/noticias/politica/2020/06/27/lio\\_con\\_con\\_factura\\_los\\_hospitales\\_privados\\_los\\_hos-pitales\\_reclaman\\_246\\_millones\\_mientras\\_gobierno\\_las\\_autonomias\\_discre-pan\\_sobre\\_como\\_pagar\\_108223\\_1012.html](https://www.infolibre.es/noticias/politica/2020/06/27/lio_con_con_factura_los_hospitales_privados_los_hos-pitales_reclaman_246_millones_mientras_gobierno_las_autonomias_discre-pan_sobre_como_pagar_108223_1012.html)

178. Ruiz-Tagle J. La sanidad privada se prepara para reclamar sus pérdidas al Estado: El Economista, 22/09/2020. <https://www.economista.es/empres-as-finanzas/noticias/10782201/09/20/La-sanidad-privada-se-prepara-pa->

[ra-reclamar-sus-perdidas-al-Estado.html](#)

179. Negrete B. Covid: Aspe diseña 3 argumentos legales para demandar a Sanidad por impago. Redacción Médica, 23/09/2020. Accesible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/privada/covid-19-sanidad-privada-demanda-ministerio-sanidad-impago-servicios-pandemia-9699>

180. Negrete B. La sanidad privada demanda a cinco comunidades para reclamar que se le pague su atención covid. Vox Populi, 6/4/2021. Accesible en: <https://www.vozpopuli.com/espana/sanidad-privada-demanda-covid.html>

181. Navarro S. Movimiento a favor de Muface como la ‘vigésima región’ del Interterritorial. Publicación de sanidad privada- IDIS, 18 de mayo de 2021. Accesible en: <http://sanidadprivada.publicacionmedica.com/noticia/movimiento-a-favor-de-muface-como-la-vigesima-region-del-interterritorial>

182. Muface, acusada de negar pruebas PCR de detección Covid a sus mutualistas. Redacción Médica, 9 de diciembre de 2020. Accesible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/muface-acusada-negar-pruebas-pcr-deteccion-covid-mutualistas-3343>

183. Cabanillas A. Caos en la vacunación de 1,4 millones de afiliados a Muface: “No estamos en la lista”. La PolíticaOnline, 15 de abril de 2021. Accesible en: <https://www.lapoliticaonline.es/nota/87490-caos-en-la-vacunacion-de-1-4-millones-de-afiliados-a-muface-no-estamos-en-la-lista/>

184. Instituto de Proteção e Assistência na Doença (ADSE). Accesible en: <https://pt.wikipedia.org/wiki/ADSE>

185. de Ramón Jacob, JC. Desfeudalizar el Estado autonómico. El Notario del siglo XXI, Mayo-Junio 2021, nº 97. Accesible en: <https://www.elnotario.es/opinion/opinion/10391-desfeudalizar-el-estado-autonomico>

186. Directiva del presidente del consejo de ministros italiano. Direttiva del 24 giugno 2016: individuazione della Centrale remota operazioni soccorso sanitario (Cross) e dei referenti sanitari regionali in caso di emergenza nazionale. Publicata nella Gazzetta Ufficiale n. 194 del 20 agosto 2016. Accesible en: <https://www.protezionecivile.gov.it/it/normativa/direttiva-del-24-giugno-2016--individuazione-della-centrale-remota-operazioni-soccorso-sanitario--cross--e-dei-referenti-sanitari-regionali-in-caso-di>

187. Bini C. Protezione civile, il 118 di Pistoia-Empoli centrale per il coordinamento nazionale soccorsi. Toscana Notizie, 13 settembre 2016. Accesible en: <https://www.toscana-notizie.it/-/protezione-civile-il-118-di-pistoia-empoli-centrale-per-il-coordinamento-na>

188. Zambelli L. Nuova sala maxiemergenze e CROSS della Centrale operativa 118 Pistoia-Empoli. Domani inaugurazione con Saccardi e Fratoni. Toscana Notizie, 29 marzo 2018. Accesible en: <https://www.toscana-notizie.it/-/>

---

nuova-sala-maxiemergenze-e-cross-della-centrale-operativa-118-pistoia-empol

189. Ponticelli D. Cross-Centrale remota operazioni soccorso sanitario. Attiva anche per la regione Umbria oltre che per il Molise. AziendaUsI Toscana centro, Notizie, 3 marzo 2021. Accesible en: <https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/news/25623-cross-centrale-remota-operazioni-soccorso-sanitario-attiva-anche-per-la-regione-umbria-oltre-che-per-il-molise>

190. Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria. Accesible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-18375>

191. Asociación HHT. Las derivaciones a otros hospitales: problemas y vías de solución. 8 de noviembre de 2017. Accesible en: <https://www.asociacionhht.org/2017/11/08/las-derivaciones-a-otros-hospitales-problemas-vias-solucion/>

192. Rejón R. Los problemas para que te atienda un médico en otra región que expuso Albert Rivera son económicos. ElDiario.es, 14 de junio de 2016. Accesible en: [https://www.eldiario.es/sociedad/sanidad-atencion-comunidades-autonomas-rivera\\_1\\_3948879.html](https://www.eldiario.es/sociedad/sanidad-atencion-comunidades-autonomas-rivera_1_3948879.html)

193. Procedimiento de derivación de pacientes para ser atendidos en un centro, servicio o unidad de referencia del sistema nacional de salud (CSUR). Acordado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 26 de noviembre de 2008. Accesible en: [https://www.msrebs.gob.es/profesionales/CentrosDeReferencia/docs/procedimiento\\_de\\_derivacion\\_de\\_pacientes.pdf](https://www.msrebs.gob.es/profesionales/CentrosDeReferencia/docs/procedimiento_de_derivacion_de_pacientes.pdf)

194. La Rioja deja de atender a los pacientes vascos limítrofes. Las CCAA abren un nuevo frente de recortes: el tránsito de pacientes. El Economista.es, 2/11/2011. Accesible en: <https://www.economista.es/economia/noticias/3497737/11/11/La-Rioja-deja-de-atender-a-los-pacientes-vascos-limitrofesLa-Rioja-deja-de-atender-a-los-pacientes-vascos-limitrofesLa-Rioja-deja-de-atender-a-los-pacientes-vascos-limitrofes.html>

195. Elorza A. El País Vasco y Cantabria suman fuerzas para resolver los conflictos sanitarios. El País-País Vasco, 3 de febrero de 2012. Accesible en: [https://elpais.com/ccaa/2012/02/03/paisvasco/1328297204\\_851297.html](https://elpais.com/ccaa/2012/02/03/paisvasco/1328297204_851297.html)

196. Europa Press. Euskadi y Navarra suscriben un acuerdo de cooperación sanitaria para atender a los vecinos de zonas limítrofes. Infosalus, 23 de enero de 2015. Accesible en: <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-euskadi-navarra-suscriben-acuerdo-cooperacion-sanitaria-atender-vecinos-zonas-limitrofes-20150123142440.html>

197. Convenio de colaboración entre las Comunidades Autónomas de Cantabria y del Principado de Asturias relativo a la prestación de asistencia sanitaria y para la mejora de la accesibilidad a servicios del Sistema Nacional de Salud por



## BIBLIOGRAFÍA

---

parte de pacientes residentes en municipios territorialmente limítrofes. Boletín Oficial de las Cortes Generales. Senado. 5 de diciembre de 2018. Accesible en: <https://www.senado.es/legis12/publicaciones/pdf/senado/bocg/BOC-G D 12 311 2388.pdf>

198. Europa Press-Castilla y León. Mañueco y Revilla rubrican el acuerdo para la atención Primaria y hospitalaria recíproca en zonas limítrofes. 27 de octubre de 2020. Accesible en: <https://www.europapress.es/castilla-y-leon/noticia-ma-nueco-revilla-rubrican-acuerdo-atencion-primaria-hospitalaria-reciproca-zo-nas-limitrofes-20201027131239.html>

199. Ley 4/2021, de 24 de mayo, por la que se aprueba y autoriza el Convenio interadministrativo a suscribir entre la Administración General de la Comunidad Autónoma de La Rioja y la Comunidad Foral de Navarra en materia de asistencia sanitaria: cirugía cardíaca y asistencia sanitaria en zonas limítrofes. Accesible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-9284](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-9284)

200. Real Decreto 702/2013, de 20 de septiembre, por el que se modifica el Real Decreto 183/2004, de 30 de enero, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual. Accesible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=-BOE-A-2013-10326>

201. Silver S. From the fillings: Supply chain lessons from the pandemic. Journal of Accountancy, February 18, 2021. Accesible en: <https://www.journalofaccountancy.com/news/2021/feb/supply-chain-lessons-from-coronavirus-pandemic.html>

202. Shih WC. Global Supply Chains in a Post-Pandemic World. Harvard Business Review, September-October 2020. Accesible en: <https://hbr.org/2020/09/global-supply-chains-in-a-post-pandemic-world>

203. Costas A. La Sanidad, un sector estratégico de la economía. En: Innovación sanitaria para salir reforzados de la crisis de la Covid-19. Fernández Díaz, JM (editor). Farmaindustria- HIRIS, 2020. P. 19-25 Accesible en: <https://www.farmaindustria.es/web/documento/libro-innovacion-sanitaria-para-salir-reforzados-de-la-crisis-de-la-covid-19/>

204. Tiefenthaler A. “Health Care Kamikazes”: How Spain’s Workers are Battling Coronavirus, Unprotected. NYTimes, March 30, 2020. Accesible en: <https://www.nytimes.com/video/world/europe/100000007051789/coronavirus-ppe-shortage-health-care-workers.html>

205. Ranney ML, Griffith V, JHA AK. Critical Supply Shortages – The Need for Ventilators and Personal Protective Equipment during the Pandemic. NEJM, April 30, 2020; 328(18): e41(1)-e41(3). doi: 10.1056/NEJMp2006141. Epub 2020 Mar 25. Accesible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2006141>

206. Biesecker M, Krisher T. Becoming “King of Ventilators” may result in

---

unexpected glut. Associated Press News, May 10, 2020. Accesible en: <https://www.ctvnews.ca/business/becoming-king-of-ventilators-may-result-in-unexpected-glut-1.4933028>

207. Gandhi S, Beckman AL, Deveau L, Raja AS, et al. Personal protective equipment needs in the USA during the covid-19 pandemic. *Lancet*, 2020 May 23;395(10237):e90-e91. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31038-2. Epub 2020 May 14. También accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7255297/pdf/main.pdf>

208. Feinmann J. PPE: what now for the global supply chain. *BMJ* 2020; 369 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1910> (Published 15 May 2020). También accesible en: <https://www.bmj.com/content/bmj/369/bmj.m1910.full.pdf>

209. Zhang D, Wedell K, Mansfield E. US companies kept shipping masks overseas even as hospitals ran out and despite warnings. *USA Today*, May 8, 2020. Accesible en: <https://eu.usatoday.com/story/news/investigations/2020/05/08/u-s-companies-kept-shipping-masks-overseas-despite-warnings/3090505001/>

210. Davis AC. In the early Days of the Pandemic, the US Government Turned Down an Offer to Manufacture Millions of N95 Masks in America. *Washington Post*, May 9, 2020. Accesible en: [https://www.washingtonpost.com/investigations/in-the-early-days-of-the-pandemic-the-us-government-turned-down-an-offer-to-manufacture-millions-of-n95-masks-in-america/2020/05/09/f76a821e-908a-11ea-a9c0-73b93422d691\\_story.html](https://www.washingtonpost.com/investigations/in-the-early-days-of-the-pandemic-the-us-government-turned-down-an-offer-to-manufacture-millions-of-n95-masks-in-america/2020/05/09/f76a821e-908a-11ea-a9c0-73b93422d691_story.html)

211. Bowden. South Korea sends 2M Masks to US to fight coronavirus. *The Hill*, May 10, 2020. Accesible en: <https://thehill.com/policy/international/497055-south-korea-sends-2m-masks-to-us-to-fight-coronavirus-seoul>

212. Brittan A, Stanley-Becker I, Miroff N. “Project Airbridge”: White House Pandemic Supply effort Swathed in Secrecy, Exaggerations. *Washington Post*, May 8, 2020. Accesible en: [https://www.washingtonpost.com/subscribe/sign-in/?next\\_url=https%253A%252F%252Fwww.washingtonpost.com%252F-investigations%252Fwhite-house-pandemic-supply-project-swathed-in-secrecy-and-exaggerations%252F2020%252F05%252F08%252F-9c77efb2-8d52-11ea-a9c0-73b93422d691](https://www.washingtonpost.com/subscribe/sign-in/?next_url=https%253A%252F%252Fwww.washingtonpost.com%252F-investigations%252Fwhite-house-pandemic-supply-project-swathed-in-secrecy-and-exaggerations%252F2020%252F05%252F08%252F-9c77efb2-8d52-11ea-a9c0-73b93422d691)

213. Warren E. Letter to the Chair of the Pandemic Response Accountability Committee. June 8, 2020. Accesible en: <https://www.warren.senate.gov/imo/media/doc/Letter%20to%20PRAC%20re%20project%20airbridge%202020.06.pdf> .

214. Shih WC. Bill& Melinda Gates Foundation: shaping the vaccine manufacturing ecosystem. *Harvard Business School Case* 620-021. September 16, 2019. Accesible en: <https://gatesopenresearch.org/documents/3-1619>

## BIBLIOGRAFÍA

---

215. Mazzucato M. No desaprovechemos esta crisis. Madrid: Galaxia Gutemberg, 2021.
216. Bryan WN. Linking together the Public and Private Sectors to Strengthen Global Supply Chains During COVID-19. US Department of Homeland Security, September 28, 2020. Accesible en: <https://www.dhs.gov/science-and-technology/blog/2020/09/28/strengthen-global-supply-chains-during-covid-19>
217. Simó J. Recordando a mis compañeros muertos por covid19. Salud, dinero y atención primaria, 1 de junio de 2021. Accesible en: <http://saludineroop.blogspot.com/2021/06/recordando-mis-companeros-muertos-por.html> .
218. Arroyo J, Leo J. Coronavirus: estadística de profesionales sanitarios contagiados en España. Redacción médica, 30 de Junio de 2020. Accesible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/interactivos/coronavirus-medicos-contagiados-sanitarios-5123>
219. Coronavirus. Los profesionales sanitarios contagiados de COVID-19 en la pandemia superan los 110.000. RTVE, 1 de febrero de 2021. Accesible en: <https://www.rtve.es/noticias/20210201/profesionales-sanitarios-contagiados-covid-19-superan-50000/2014047.shtml>
220. Ibañes LG, Pérez P. España tiene la tasa de sanitarios contagiados más alta del mundo. Diario Médico, 28-05-2020. Accesible en: <https://www.diariomedico.com/medicina/medicina-preventiva/profesion/espana-tiene-la-tasa-de-sanitarios-contagiados-mas-alta-del-mundo.html>
221. Gálvez R, Rey J. ¿A quién sirve buscar culpables del caos (supuesto) en las compras sanitarias?. Acta Sanitaria, 31 de marzo de 2020. Accesible en: <https://www.actasanitaria.com/a-quien-sirve-buscar-culpables-del-caos-supuesto-en-las-compras-sanitarias/>
222. Cué CE. Fisuras en la unidad política. El País, 20 de marzo de 2020. Accesible en: <https://elpais.com/espana/2020-03-19/la-unidad-politica-se-resquebraja.html>
223. Serrano A. Pedro Sánchez anuncia la creación de una reserva de materiales sanitarios. Diario Médico, 22-3-2020. Accesible en: <https://www.diariomedico.com/politica/pedro-sanchez-anuncia-la-creacion-de-una-reserva-de-materiales-sanitarios.html> .
224. Serra R. Reserva estratégica frente a nuevos rebrotes. Diario Médico, 28-05-2020. Accesible en: <https://www.diariomedico.com/empresas/reserva-estrategica-frente-nuevos-rebrotes.html>
225. Torrente Villacampa C. Las reservas estratégicas de material sanitario a la deriva. Diario Médico, 23-02-2021. Accesible en: <https://www.diariomedico.com/farmacia/politica/las-reservas-estrategicas-de-material-sanitario-la-deriva.html>

---

226. Dictamen comisión para la reconstrucción social y económica. Congreso de los Diputados, 3 de julio de 2020. Accesible en: [https://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstrucción/153\\_1\\_Dictamen.pdf](https://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstrucción/153_1_Dictamen.pdf)

227. Ministerio de Sanidad. Plan de respuesta temprana en un escenario de control de la pandemia por covid-19. Accesible en: [https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19\\_Plan\\_de\\_respuesta\\_temprana\\_escenario\\_control.pdf](https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Plan_de_respuesta_temprana_escenario_control.pdf)

228. El marco normativo de la Ley de Reserva Estratégica proporciona las mejores herramientas para prevenir, contener y dar la mejor respuesta tanto a la pandemia de coronavirus como a las venideras. Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha, 15/10/2020. Accesible en: <https://www.castillalamancha.es/actualidad/notasdeprensa/el-marco-normativo-de-la-ley-de-reserva-estrategica-3%29proporciona-las-mejores-herramientas-para>

229. Ley 8/2020, de 16 de octubre, por la que se crea la reserva estratégica de productos sanitarios en Castilla-La Mancha. [2020/8301] Accesible en: [https://docm.castillalamancha.es/portaldocm/descargarArchivo.do?ruta=2020/10/26/pdf/2020\\_8301.pdf&tipo=rutaDocm](https://docm.castillalamancha.es/portaldocm/descargarArchivo.do?ruta=2020/10/26/pdf/2020_8301.pdf&tipo=rutaDocm)

230. Mata A, Ugalde R. Madrid se desvincula de Moncloa y crea su propia reserva de material sanitario anticovid. El Confidencial, 14-01-2021. Accesible en: [https://www.elconfidencial.com/empresas/2021-01-14/madrid-se-desvincula-moncloa-crea-propia-reserva-material-sanitario\\_2905908/](https://www.elconfidencial.com/empresas/2021-01-14/madrid-se-desvincula-moncloa-crea-propia-reserva-material-sanitario_2905908/)

231. Generalitat Valenciana. Un total de 93 empresas, el 28% de la Comunitat, garantizarán el suministro de la reserva estratégica de material sanitario de la Generalitat. 9/01/2021. Accesible en: [https://www.gva.es/es/inicio/area\\_de\\_prensa/not\\_detalle\\_area\\_prensa?id=912176](https://www.gva.es/es/inicio/area_de_prensa/not_detalle_area_prensa?id=912176)

232. Rey del Castillo J, Rey Biel P. La crisis de la hepatitis C: ¿qué crisis?. Acta Sanitaria, 15 de febrero de 2015. Accesible en: <https://www.actasanitaria.com/la-tesis-de-la-hepatitis-c-que-tesis/>

233. Cordero P. Noviembre disparó la deuda sanitaria de las CC.AA. hasta los 3.730 millones. ConSalud.es, 23/01/2020. Accesible en: [https://www.consalud.es/autonomias/noviembre-disparo-deuda-sanitaria-ccaa-3730-millones\\_73269\\_102.html](https://www.consalud.es/autonomias/noviembre-disparo-deuda-sanitaria-ccaa-3730-millones_73269_102.html)

234. Redacción. El Gobierno aprueba la compra centralizada de medicamentos por valor de 391 millones. ConSalud.es, 11 /02/2020. Accesible en: [https://www.consalud.es/politica/ministerio-sanidad/gobierno-aprueba-compra-centralizada-medicamentos-391-millones\\_74142\\_102.html](https://www.consalud.es/politica/ministerio-sanidad/gobierno-aprueba-compra-centralizada-medicamentos-391-millones_74142_102.html)

235. El Ministerio de Sanidad licita un acuerdo marco para adquirir material sanitario y equipos de protección individual para el SNS por un valor de más de 2.400 millones de euros. Nota de Prensa. M° de Sanidad, 22 de julio de 2020. Accesible en: <https://www.msbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=5011>

## BIBLIOGRAFÍA

---

236. INGESA concluye la adjudicación del Acuerdo Marco de suministro de materiales frente a la COVID-19. Nota de Prensa. M<sup>o</sup> de Sanidad, 30 de noviembre de 2020. Accesible en: <https://www.mschs.gob.es/gabinete/notas-Prensa.do?id=5150>
237. Arganda C. El gasto en productos farmacéuticos y sanitarios del SNS en 2019 alcanzó los 23.616 millones, un 4,5% más. Diariofarma, 14-4-2020. Accesible en: <https://www.diariofarma.com/2020/04/14/el-gasto-en-productos-farmacuticos-y-sanitarios-del-sns-en-2019-alcanzo-los-23-616-millones-un-45-mas>
238. Sabando P, Rey del Castillo J. La “privatización” de las tecnologías en el SNS. En: La privatización de la sanidad en España. Capítulo 11 en El Sistema Nacional de Salud. Pasado, presente y desafíos de futuro. Sabando P, Torres-González F, Lamata F. (Coords.). Madrid: Díaz de Santos, 2020. pp. 518-523. Accesible en: <https://www.editdiazdesantos.com/libros/9788490522585/Pedro-Sabando-Fernando-Lamata-El-sistema-nacional-de-salud.html>
239. Proyecto de orden de declaración de medicamentos, productos y servicios sanitarios como bienes de contratación centralizada. Versión de 14/06/2021. Redacción Médica, 14/06/2021. Accesible en: [https://www.redaccionmedica.com/contenido/images/POcontratacion\\_centralizada.pdf](https://www.redaccionmedica.com/contenido/images/POcontratacion_centralizada.pdf)
240. Batres O. Sanidad reforma la compra centralizada de todo el sector sanitario. Redacción Médica, 14 de junio de 2021. Accesible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/ministerio-sanidad/sanidad-reforma-la-compra-centralizada-de-todo-el-sector-sanitario-4046>
241. Ibañes LG. Sanidad amplía la compra centralizada de medicamentos a productos y servicios sanitarios. Diario Médico, 15/06/2021. Accesible en: <https://www.diariomedico.com/medicina/politica/sanidad-ampolia-la-compra-de-medicamentos-productos-y-servicios-sanitarios.html>
242. La situación de la industria farmacéutica en el mundo. En: Rey del Castillo J. (coordinador). Análisis y propuestas para la regeneración de la sanidad pública en España. Madrid: Laboratorio de Alternativas. Fundación Alternativas, 2015. pp. 319-377. Accesible en: <https://www.fundacionalternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/analisis-y-propuestas-para-la-regeneracion-de-la-sanidad-publica-en-espana>
243. Robinson JC. Sophisticated Purchasing of Pharmaceuticals. Learning From Other Countries. JAMA, September 28, 2020;324(16):1617-1619. doi:10.1001/jama.2020.15072
244. Sanger-Katz M, Weiland N. A Final Try by Trump to Cut Drug Prices May Stumble in Court. NYTimes, November 20, 2020. Accesible en: <https://www.nytimes.com/2020/11/20/upshot/trump-drug-prices.html>
245. Ledley FD, McCoy FS, Vaughan G, Cleary EG. Profitability of Large

---

Pharmaceutical Companies Compared With Other Large Public Companies. JAMA. 2020;323(9):834-843. doi:10.1001/jama.2020.0442

246. Gutiérrez I. La inversión pública en vacunas se podría usar para hacer las cosas de forma distinta y colaborativa con las farmacéuticas. Eldiario.es, 13 de abril de 2021 Accesible en: [https://www.eldiario.es/internacional/modelo-crear-suficiente-capacidad-produccion-vacunas-no-funcionado-suficiente\\_128\\_7801537.html](https://www.eldiario.es/internacional/modelo-crear-suficiente-capacidad-produccion-vacunas-no-funcionado-suficiente_128_7801537.html)

247. Cordero P. Fabricación de vacunas Covid-19: lujo de unos pocos países, anhelo de muchos. ConSalud.es, 17 Abril 2021. Accesible en: [https://www.consalud.es/pacientes/especial-coronavirus/fabricacion-vacunas-covid-19-lujo-paises-ansia\\_95307\\_102.html](https://www.consalud.es/pacientes/especial-coronavirus/fabricacion-vacunas-covid-19-lujo-paises-ansia_95307_102.html)

248. Using trade to fight COVID-19: Manufacturing and distributing vaccines. OCED. February 12, 2021. Accesible en: [https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=1060\\_1060354-ie4a355ojd&title=Using-trade-to-fight-COVID-19-Manufacturing-and-distributing-vaccines](https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=1060_1060354-ie4a355ojd&title=Using-trade-to-fight-COVID-19-Manufacturing-and-distributing-vaccines)

249. Milne CP, Kaitin KI. Are Regulation and Innovation Priorities Serving Public Health Needs?. *Frontiers in Pharmacology*, 8 March 2019; 10: 144, <https://doi.org/10.3389/fphar.2019.00144>. Accesible también en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6419525/pdf/fphar-10-00144.pdf>

250. Meyers E, Jenei K, Timothy M. Chisamore TM, Gyawali DB, Evaluation of the Clinical Benefit of Cancer Drugs Submitted for Reimbursement Recommendation Decisions in Canada. *JAMA Intern Med*. 2021; 181(4):499-508. doi: 10.1001/jamainternmed.2020.8588

251. Green AK, Curry M, Trivedi N, Bach PB, Mailankody S. Assessment of Outcomes Associated With the Use of Newly Approved Oncology Drugs in Medicare Beneficiaries. *JAMA Network Open*. 2021;4(2):e210030. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.0030 (Reprinted) February 24, 2021.

252. Cherla A, Naci H, Kesselheim AS, Gyawali B, Mossialos E. Assessment of Coverage in England of Cancer Drugs Qualifying for US Food and Drug Administration Accelerated Approval. *JAMA Intern Med*. doi:10.1001/jamainternmed.2020.8441 Published online February 22, 2021. También accesible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2776284>

253. Prasad V, Kim MS. Approval and Coverage of Cancer Drugs in England, Canada, and the US. *JAMA Intern Med*. 2021;181(4):509-510. doi: <https://10.1001/jamainternmed.2020.8587>

254. Cifras INE. Industrias para la salud. Mayo 2020. Accesible en: [https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INECifrasINE\\_C&cid=1259952834417&p=1254735116567&pagename=ProductosYServicios%2FINECifrasINE](https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INECifrasINE_C&cid=1259952834417&p=1254735116567&pagename=ProductosYServicios%2FINECifrasINE)

## BIBLIOGRAFÍA

---

### C%2FPYSDetalleCifrasINE

255. Farmaindustria. Memoria anual 2020. Accesible en: <https://www.farmaindustria.es/web/memoria-anual-2020/>
256. Díaz A. La industria farmacéutica en España - Datos estadísticos. Statista, 13 de julio de 2021. Accesible en: <https://es.statista.com/temas/5603/la-industria-farmacautica-en-espana/>
257. Martínez, J. Los años de vista gorda sobre la opacidad y las patentes se vuelven en contra de la UE en la crisis de las vacunas. Infolibre, 29/01/2021. Accesible en: [https://www.infolibre.es/noticias/politica/2021/01/29/opacidad\\_patentes\\_eternas\\_beneficios\\_por\\_encima\\_todo\\_crisis\\_con\\_astazeneca\\_revela\\_manga\\_ancha\\_sobre\\_poder\\_farmacautico\\_116000\\_1012.html](https://www.infolibre.es/noticias/politica/2021/01/29/opacidad_patentes_eternas_beneficios_por_encima_todo_crisis_con_astazeneca_revela_manga_ancha_sobre_poder_farmacautico_116000_1012.html)
258. Gil A. Así maniobra en Bruselas el lobby de las grandes farmacéuticas para conservar las patentes de vacunas y tratamientos contra la COVID-19. Eldiario.es, 19 abril 2021. Accesible en: [https://www.eldiario.es/sociedad/maniobra-bruselas-lobby-grandes-farmacauticas-conservar-patentes-vacunas-tratamientos-covid-19\\_1\\_7833862.html](https://www.eldiario.es/sociedad/maniobra-bruselas-lobby-grandes-farmacauticas-conservar-patentes-vacunas-tratamientos-covid-19_1_7833862.html)
259. Laborde A, Güell O. EEUU apoya liberar las patentes de las vacunas contra la covid. El País, jueves 6 de mayo de 2021. Accesible en: <https://el-pais.com/sociedad/2021-05-05/ee-uu-apoya-liberar-las-patentes-de-las-vacunas-contra-el-coronavirus-para-hacer-universal-su-uso.html>
260. Silverman D. Moderna vows not to enforce Covid-19 patents, but advocates say IP should be given to WHO. STAT, October 8, 2020. Accesible en: <https://www.statnews.com/pharmalot/2020/10/08/moderna-covid19-coronavirus-pandemic-vaccine-who-patents/>
261. Katz IT, Weintraub R, Bekker LG, Brandt AM. From Vaccine Nationalism to Vaccine Equity — Finding a Path Forward. NEJM, April 8, 2021 384;14: 1281-1283. DOI: 10.1056/NEJMp2103614 . Accesible también en: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp2103614?articleTools=true>
262. Larios D. Adquisición de vacunas en el contexto COVID: los acuerdos de compra anticipada en la Unión Europea. Asociación Acceso Justo al Medicamento, 26-4-2021. Accesible en: <https://accesojustomedicamento.org/adquisicion-de-vacunas-en-el-contexto-covid-los-acuerdos-de-compra-anticipada-en-la-union-europea/>
263. La UE denuncia a Astra Zeneca por incumplimiento del suministro de vacunas. DW Made for Minds, 26-4-2021. Accesible en: <https://www.dw.com/es/la-ue-denuncia-a-astrazeneca-por-incumplimiento-del-suministro-de-vacunas/a-57338780>
264. Steffi-Gridneff M. The E.U.'s vaccination campaign gets a lift from

---

Pfizer as it promises a big switch in strategy. NYTimes, 14-4-2021. Accesible en: <https://www.nytimes.com/2021/04/14/world/pfizer-europe-coronavirus-vaccine.html>

265. Europe tries to lower drug prices with small doses of transparency. By Jessica Davis Plüss April 13, 2021. STAT. Accesible en: [https://www.statnews.com/2021/04/13/europe-tries-to-lower-drug-prices-with-small-doses-of-transparency/?utm\\_source=STAT+Newsletters&utm\\_campaign=71865f2b4b-Daily\\_Recap&utm\\_medium=email&utm\\_term=0\\_8cab1d7961-71865f2b4b-152160962](https://www.statnews.com/2021/04/13/europe-tries-to-lower-drug-prices-with-small-doses-of-transparency/?utm_source=STAT+Newsletters&utm_campaign=71865f2b4b-Daily_Recap&utm_medium=email&utm_term=0_8cab1d7961-71865f2b4b-152160962)

266. Krugman P. Vaccines: A Very European Disaster. When policymakers are averse to the wrong risks. NYTimes, March 18, 2021. Accesible en: <https://www.nytimes.com/2021/03/18/opinion/coronavirus-vaccine-europe.html>

267. Cifras INE. Industrias para la salud. Mayo 2020. Accesible en: [https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INECifrasINE\\_C&cid=1259952834417&p=1254735116567&pagename=ProductosYServicios%2FINECifrasINE\\_C%2FPYSDetalleCifrasINE](https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INECifrasINE_C&cid=1259952834417&p=1254735116567&pagename=ProductosYServicios%2FINECifrasINE_C%2FPYSDetalleCifrasINE)

268. Impacto de la industria de medicamentos genéricos en la economía española. AESEG, Septiembre de 2020. Accesible en: <https://www.aeseg.es/documentos/INFORME-AESEG.pdf>

269. Cornejo A. Los desabastecimientos habrían aumentado en el 65% de países europeos en 2020. El Global, 5 de marzo de 2021. Accesible en: <https://elglobal.es/farmacia/los-desabastecimientos-habrian-aumentado-en-el-65-de-paises-europeos-en-2020/>

270. Torrente Villacampa C. Un 65% de los países europeos sufrieron más desabastecimientos de fármacos en 2020. Diario Médico, 7/03/2021. Accesible en: <https://www.diariomedico.com/farmacia/profesion/un-65-de-los-paises-europeos-sufrieron-mas-desabastecimientos-de-farmacos-en-2020.html>

271. Chatelain R. House committee report blasts drug pricing strategies as ‘troubling’. Spectrum News NY, december 10, 2021. Accesible en: <https://www.nyl.com/nyc/all-boroughs/politics/2021/12/10/house-committee-report-blasts-drug-pricing-strategies-as--troubling->

272. Drug Pricing Investigation. Majority Staff Report. Committee on Oversight and Reform U.S. House of Representatives December 2021. Accesible en: <https://oversight.house.gov/sites/democrats.oversight.house.gov/files/DRUG%20PRICING%20REPORT%20WITH%20APPENDIX%20v3.pdf>

273. Posición de la Asociación de Economía de la Salud en relación a la necesi-



## BIBLIOGRAFÍA

---

dad de un mayor uso de la evaluación económica en las decisiones que afectan a la financiación pública de las prestaciones y tecnologías en el Sistema Nacional de Salud. AES, marzo 2008. Accesible en: <http://www.aes.es/Publicaciones/AESEE2.pdf>

274. Solá-Morales O. La evaluación de tecnologías sanitarias en España. Documento de Trabajo 171/2011. Madrid: Fundación Alternativas-Laboratorio de Alternativas, 2011. Accesible en: <http://www.falternativas.org/laboratory/documentos/documentos-de-trabajo/la-evaluacion-de-tecnologias-sanitarias-en-espana>

275. Jiménez S, Oliva J. Evaluación económica de intervenciones sanitarias en España. Diagnóstico: pendiente. Nada es Gratis, 21 mayo, 2013. Accesible en: <http://nadaesgratis.es/sergi-jimenez/evaluacion-economica-de-intervenciones-sanitarias-en-espana-diagnostico-pendiente>

276. Puig-Junoy J, Trapero-Bertrán M. La evaluación económica de medicamentos como factor de sostenibilidad de la sanidad pública. Nada es Gratis, 23 mayo 2013. Accesible en: <http://nadaesgratis.es/sergi-jimenez/la-evaluacion-economica-de-medicamentos-como-factor-de-sostenibilidad-de-la-sanidad-publica>

277. Oliva J. Introducción: La evaluación económica de intervenciones sanitarias en España. Situación actual y perspectivas. Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios, 2013; 14(1): 15-24. Accesible en: <https://www.fundacionsigno.com/archivos/publicaciones/Introduccion%20La%20evaluacion.pdf>

278. Rey del Castillo J. La evaluación de las tecnologías sanitarias: ¿un mito o una solución para el control del aumento del gasto sanitario. En: Otra gestión sanitaria es posible. Madrid, Fundación 1º de Mayo, abril 2011, pp. 91- 126. Accesible en: [https://www.fadsp.org/components/com\\_booklibrary/ebooks/OTRA%20GESTION%20SANITARIA%20ES%20POSIBLE.pdf](https://www.fadsp.org/components/com_booklibrary/ebooks/OTRA%20GESTION%20SANITARIA%20ES%20POSIBLE.pdf)

279. Por un hispa-nice: ahora o nunca. Accesible en: <https://elglobal.es/wp-content/uploads/2020/12/ManifiestoHispaNice-1.pdf>

280. History of NICE. Accesible en: <https://www.nice.org.uk/about/who-we-are/history-of-nice>

281. Cubi-Molla P, et al. A NICE Wind of Change?. The What and So What of the NICE Methods Consultation. OHE News, 7 December 2020. Accesible en: <http://www.ohe.org/news/nice-wind-change-what-and-so-what-nice-methods-consultation>

282. Angus DC, Gordon AC, Bauchner H. Emerging lessons from Covid19 for the US Clinical Research Enterprise. JAMA. 2021;325(12):1159-1161. doi:10.1001/jama.2021.3284. También accesible en: [https://jamanetwork.com/journals/jama/articlepdf/2777058/jama\\_angus\\_2021](https://jamanetwork.com/journals/jama/articlepdf/2777058/jama_angus_2021)

---

[ed\\_210020\\_1616177339.64649.pdf](#)

283. Lane HC, Fauci AS. Research in the Context of a Pandemic. NEJM, February 25, 2021; 384:755-757 DOI: 10.1056/NEJMe2024638. También accesible en: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMe2024638?articleTools=true>

284. de Quiroga S. La presidencia española en 2023: una oportunidad. El Global, 17 de diciembre de 2021. Accesible en: <https://elglobal.es/opinion/la-es-trategia-farmacologica-prioridad-de-la-presidencia-espanola-en-2023/>

285. El Gobierno autoriza al ISCIII la convocatoria de subvenciones de la AES por 134 millones de euros. El Global, 23 de diciembre de 2020. Accesible en: <https://elglobal.es/politica/el-gobierno-autoriza-al-isciii-la-convocatoria-de-subvenciones-de-la-aes-por-134-millones-de-euros/>

286. Redacción ConSalud. La OCDE evidencia el papel de España en la investigación de tratamientos contra el coronavirus. ConSalud, 12/01/2021. Accesible en: [https://www.consalud.es/pacientes/especial-coronavirus/ocde-evidencia-papel-espana-investigacion-tratamientos-coronavirus\\_90822\\_102.html](https://www.consalud.es/pacientes/especial-coronavirus/ocde-evidencia-papel-espana-investigacion-tratamientos-coronavirus_90822_102.html)

287. La OCDE destaca a España como el tercer país con mayor número de estudios sobre fármacos frente a la COVID-19. El Global, 14 de enero de 2021. Accesible en: <https://elglobal.es/politica/la-ocde-destaca-a-espana-como-el-tercer-pais-con-mayor-numero-de-estudios-sobre-farmacos-frente-a-la-covid-19/>

288. OECD Science, Technology and Innovation Outlook 2021. Times of Crisis and Opportunity. Accesible en: <https://www.oecd.org/sti/oecd-science-technology-and-innovation-outlook-25186167.htm>

289. La investigación clínica en España: un perfil de los ensayos clínicos a través de su registro. Salud por Derecho, Junio de 2020. Accesible en: <https://saludporderecho.org/wp-content/uploads/2020/06/EECC-SaludporDerecho-ES.pdf>

290. Los ensayos clínicos en España. Transparencia y agenda de investigación en COVID-19. Salud por Derecho, diciembre de 2020- Accesible en: [https://saludporderecho.org/wp-content/uploads/2020/12/EECC-en-Espa%C3%B1a\\_ES-1.pdf](https://saludporderecho.org/wp-content/uploads/2020/12/EECC-en-Espa%C3%B1a_ES-1.pdf)

291. Bruckner T. Over half of COVID trials in Europe may never take their results public. TranspariMed, 17 Jun. 2020. Accesible en: <https://www.transparimed.org/single-post/2020/06/16/over-half-of-covid-trials-in-europe-may-never-make-their-results-public>

292. Trends in nursing home-hospice contracting and common ownership between hospice agencies and nursing homes: final report. U.S. Department of

## BIBLIOGRAFÍA

---

Health and Human Services Assistant Secretary for Planning and Evaluation Office of Disability, Aging and Long-Term Care Policy. Accesible en: <https://aspe.hhs.gov/system/files/pdf/260316/NHHospice.pdf>

293. Warraich HJ. For-profit nursing homes and hospices are a bad deal for older Americans. STAT, April 19 2021. Accesibleen: <https://www.statnews.com/2021/04/19/for-profit-nursing-homes-hospices-bad-deal-older-americans/>

294. Ochieng N, Chidambaram P, Garfield R, Neuman T. Factors Associated With COVID-19 Cases and Deaths in Long-Term Care Facilities: Findings from a Literature Review. Kaiser Family Foundation, Coronavirus, January 14, 2021. Accesible en: <https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/issue-brief/factors-associated-with-covid-19-cases-and-deaths-in-long-term-care-facilities-findings-from-a-literature-review/>

295. Gupta A, Howell ST, Yannelias C, Gupta Ab. Does Private Equity Investment in Healthcare Benefit Patients? Evidence from Nursing Homes. NYU Stern School of Business, November 12, 2020. Accesible en: [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=3537612](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3537612)

296. Tyler Braun R et al. Comparative Performance of Private Equity-Owned US Nursing Homes During the COVID-19 Pandemic. JAMA Network Open. 2020;3(10):e2026702. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.26702

297. Our World in Data. Accesible en: <https://ourworldindata.org/mortality-risk-covid>

298. Hoffman C, Wolf E. Older age groups and country-specific case fatality rates of COVID-19 in Europe, USA and Canada. Infection, 2021; 49: 111-116. Accesibleen: <https://link.springer.com/article/10.1007/s15010-020-01538-w>

299. WHO cares?. The pandemic shows the urgency of reforming care for the elderly. The Economist, International, 07/25/2020. Accesibleen: <https://www.economist.com/international/2020/07/25/the-pandemic-shows-the-urgency-of-reforming-care-for-the-elderly>

300. Pillemer K, Subramanian L, Hupert N. The Importance of Long-Term Care Populations in Models of COVID-19. JAMA, July 7, 2020; 324 (1); 25-26. doi:10.1001/jama.2020.9540. Accesible también en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2767062>

301. Nearly One-Third of U.S. Coronavirus Deaths Are Linked to Nursing Homes. NYTimes, April 28, 2021. Accesible en: <https://www.nytimes.com/interactive/2020/us/coronavirus-nursing-homes.html>

302. Fisman et al. Risk Factors Associated With Mortality Among Residents With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Long-term Care Facilities in Ontario, Canada. JAMA Network, Published Online July 22, 2020;

---

3(7):e2015957. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.15957

303. Brown KA et al. Association Between Nursing Home Crowding and COVID-19 Infection and Mortality in Ontario, Canada. *JAMA Internal Medicine*, 2021;181(2):229-236. doi:10.1001/jamainternmed.2020.6466 . Published Online November 9, 2020.

304. Stevis-Gridneff M, Apuzzo M, Pronczuk M. When Covid-19 Hit, Many Elderly Were Left to Die. *NYTimes*, Aug. 8, 2020. Accesible en: <https://www.nytimes.com/2020/08/08/world/europe/coronavirus-nursing-homes-elderly.html>

305. Davidson J. The American Nursing Home is a Design Failure. *Intelligencer*, April 29, 2021. Accesible en: <https://nymag.com/intelligencer/2020/06/the-american-nursing-home-is-a-design-failure.html>

306. Lintern S. Coronavirus: More than 25,000 patients discharged to care homes in crucial 30 days before routine testing. *Independent*, Tuesday 2 June, 2021. Accesible en: <https://www.independent.co.uk/news/health/coronavirus-care-homes-nhs-hospital-discharges-deaths-a9544671.html>

307. Barker K, Harris AJ. ‘Playing Russian Roulette’: Nursing Homes Told to Take the Infected. *NYTimes*, April 24, 2020. Accesible en: <https://www.nytimes.com/2020/04/24/us/nursing-homes-coronavirus.html>

308. Sosa Troya M. Ni parlamentos ni justicia, la causa de las residencias no avanza. *El País*, 6 de diciembre de 2021. Accesible en: <https://elpais.com/sociedad/2021-12-06/el-drama-por-la-covid-en-las-residencias-los-politicos-no-investigan-y-los-fiscales-no-ven-delito-en-ocho-de-cada-10-casos.html>

309. Editorial. En deuda con los ancianos. *El País*, 10 de diciembre de 2021. Accesible en: <https://elpais.com/opinion/2021-12-10/en-deuda-con-los-ancianos.html>

310. Sabando P, Rey del Castillo J. ¿Uno o diecisiete sistemas de salud en España?. En: Sabando P, Torres González F, Lamata F (coords.). *El Sistema Nacional de Salud. Pasado, presente y desafíos de futuro*. Madrid: Díaz de Santos, 2020. Pp. 55-119.

311. Plataforma por una gestión federal de la sanidad universal. Propuestas para la regeneración del sistema sanitario español después de la epidemia mediante una nueva ley de sanidad de orientación federal. Informe a la Comisión de Reconstrucción constituida en el Congreso de los Diputados. Junio de 2020. Accesible en: [https://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/documentacion\\_participacion\\_ciudadana/20200622\\_D12.pdf](https://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/documentacion_participacion_ciudadana/20200622_D12.pdf)

312. Green T. *The COVID Consensus. The New Politics of Global Inequality*. Hurst&Company. London, 2021.

313. Sáez Royo E. La falta de coordinación en la pandemia: el no-fallo del

## BIBLIOGRAFÍA

---

Estado autonómico. Blog Agenda Pública- El País, 8 de octubre de 2020. Accesible en: <https://agendapublica.es/la-falta-de-coordinacion-en-la-pandemia-el-no-fallo-del-estado-autonomico/>

314. Urbanos Garrido R. La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. Gaceta Sanitaria, 2016; 30(S1): 25-30. Accesible en: <https://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-S0213911116000248> .

315. Urbanos R, González B. Sanidad y desigualdad. En: 2º Informe sobre Desigualdad en España 2015. Madrid: Fundación Alternativas; 2015. p. 155-91. Accesible en: [https://www.fundacionalternativas.org/public/storage/publicaciones\\_archivos/f5024a133ab06b2aa3f348484edc2274.pdf](https://www.fundacionalternativas.org/public/storage/publicaciones_archivos/f5024a133ab06b2aa3f348484edc2274.pdf)

316. Freire JM, del Aguila J. Desigualdad en salud y servicios sanitarios entre comunidades autónomas. En: Ayala Cañón L, Ruiz-Huerta Carbonell J. 4º informe sobre la desigualdad en España. Una perspectiva territorial. Madrid; Fundación Alternativas, 2020. Pp. 151-193. Accesible en: <https://www.fundacionalternativas.org/laboratorio/libros-e-informes/desigualdad/4o-informe-sobre-la-desigualdad-en-espana-una-perspectiva-territorial>

317. Green T. The COVID Consensus. The New Politics of Global Inequality. Hurst&Company. London, 2021.

318. Sáez Royo E. La falta de coordinación en la pandemia: el no-fallo del Estado autonómico. Blog Agenda Pública- El País, 8 de octubre de 2020. Accesible en: <https://agendapublica.es/la-falta-de-coordinacion-en-la-pandemia-el-no-fallo-del-estado-autonomico/>

319. Rey del Castillo J. Desinterés político por el sistema sanitario. El País, 28 de julio de 2020. Accesible en: <https://elpais.com/opinion/2020-07-27/desinteres-politico-por-el-sistema-sanitario.html>

320. Efe/Beja. Sánchez subraya su confianza en el sistema sanitario. “Preocupar preocupa, pero tenemos un sistema nacional de salud fantástico”, ha afirmado el presidente. Levante, 01.02.2020. Accesible en: <https://www.levantemv.com/espana/2020/02/01/sanchez-subraya-confianza-sistema-sanitario-11671807.html>

321. Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia. Gobierno de España. Accesible en: [https://www.lamoncloa.gob.es/temas/fondos-recuperacion/Documents/30042021-Plan\\_Recuperacion\\_%20Transformacion\\_%20Resiliencia.pdf](https://www.lamoncloa.gob.es/temas/fondos-recuperacion/Documents/30042021-Plan_Recuperacion_%20Transformacion_%20Resiliencia.pdf)

322. Gil Tro T. Sánchez impulsará una comisión de estudio sobre el sistema de salud cuando pase la crisis. Lasexta.com/Noticias, 18/03/2020. Accesible en: [https://www.lasexta.com/noticias/nacional/pedro-sanchez-anuncia-una-comision-sobre-el-sistema-de-salud-cuando-pase-la-crisis-del-coronavirus\\_202003185e71de8062aea30001b4a9b5.html](https://www.lasexta.com/noticias/nacional/pedro-sanchez-anuncia-una-comision-sobre-el-sistema-de-salud-cuando-pase-la-crisis-del-coronavirus_202003185e71de8062aea30001b4a9b5.html)

- 
323. Dictamen de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica. Congreso de los Diputados. Accesible en: [https://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/153\\_1\\_Dictamen.pdf](https://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/153_1_Dictamen.pdf)
324. Plan de trabajo de la Comisión parlamentaria no permanente para la Reconstrucción Social y Económica. Congreso de los Diputados. Accesible en: [https://www.congreso.es/backoffice\\_doc/prensa/notas\\_prensa/73998\\_1589389388804.pdf](https://www.congreso.es/backoffice_doc/prensa/notas_prensa/73998_1589389388804.pdf)
325. García-Basteiro AL et al. The need for an independent evaluation of the covid-19 response in Spain. *The Lancet*, August 22, 2020 (10250); 396: 529-530. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31713-X. Epub 2020 Aug 6. Accesible también en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32771082/>
326. González López-Valcárcel B. Dictamen de la Comisión de Reconstrucción Social y Económica (sanidad): paso adelante y oportunidad perdida. *Nada es Gratis*, 24-07-2020. Accesible en: <https://nadaesgratis.es/beatriz-gonzalez-lopez-valcarcel/dictamen-de-la-comision-de-reconstruccion-social-y-economica-sanidad-paso-adelante-y-oportunidad-perdida>
327. Rey J, Rey Biel P. Una visión alternativa de las conclusiones sanitarias de la Comisión de Reconstrucción. *Nada es Gratis*, 27-7-2020. Accesible en: <https://nadaesgratis.es/pedro-rey-biel/una-vision-alternativa-de-las-conclusiones-sanitarias-de-la-comision-de-reconstruccion>
328. Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud. Versión 15/11/2021. Accesible en: [https://www.mschs.gob.es/normativa/audiencia/docs/DG\\_67\\_21.pdf](https://www.mschs.gob.es/normativa/audiencia/docs/DG_67_21.pdf)
329. Editorial. Ausencia de liderazgo. *El País*, 24 de diciembre de 2021. Accesible en: <https://elpais.com/opinion/2021-12-24/ausencia-de-liderazgo.html>
330. Sala A. El reparto de fondos covid anticrisis desata los primeros recelos entre autonomías. *El Periódico*, 22 de julio de 2020. Accesible en: <https://www.elperiodico.com/es/economia/20200722/boe-publica-reparto-primeros-12465-millones-catalunya-fondo-covid-19-8049916>
331. Negro M. Ayuso destina a Sanidad menos de la mitad de los casi 1.500 millones del Fondo Covid-19. *El País*, Madrid, 9 octubre 2020. Accesible en: <https://elpais.com/espana/madrid/2020-10-08/ayuso-destina-a-sanidad-menos-de-la-mitad-de-los-casi-1500-millones-del-fondo-covid-19.html>
332. Negro M, Peinado F. Madrid destina solo un 0,5% del fondo covid-19 a residencias y pobreza. *El País*, 5 enero 2021. Accesible en: <https://elpais.com/espana/madrid/2021-01-04/madrid-destina-solo-un-05-del-fondo-covid-19-a-residencias-y-pobreza.html>
333. Mateo JJ, Valdés I. Auriculares, láseres, vinilos decorativos... : así agotó

## BIBLIOGRAFÍA

---

Madrid los fondos covid antes de que venciera el plazo. El País, 22 enero 2021. Accesible en: <https://elpais.com/espana/madrid/2021-01-21/auriculares-lasers-vinilos-decorativos-asi-agoto-madrid-los-fondos-covid-antes-de-que-venciera-el-plazo.html>

334. La dirección de TV3 gastó fondos Covid para pagar programas. El Mundo/Barcelona, 29 de mayo de 2021. Accesible en: <https://www.elmundo.es/cataluna/2021/05/29/60b258af21efa0351e8b467b.html>

335. Cs lleva ante Europa la utilización de TV3 del “fondo Covid” para comprar programas a productoras. La dirección de los medios públicos catalanes admitió en el Parlament esta práctica. EL MUNDO/Barcelona. Lunes, 31 mayo 2021. Accesible en: <https://www.elmundo.es/cataluna/2021/05/31/60b4cf54e4d4d814088b45c8.html>

336. De la Quadra-Salcedo T. Rompiendo el consenso constitucional. El País, 22 de julio de 2021. Accesible en: <https://elpais.com/opinion/2021-07-22/rompiendo-el-consenso-constitucional.html>

337. López Garrido D. El Constitucional se olvidó del derecho a la vida. El País, 30 de agosto de 2021. Accesible en: <https://elpais.com/opinion/2021-08-30/el-tribunal-constitucional-se-olvido-del-derecho-a-la-vida.html>

338. Ridaó JM. El Constitucional siembra incertidumbre. El País, 9 de agosto de 2021. Accesible en: <https://elpais.com/opinion/2021-08-09/el-tribunal-constitucional-siembraincertidumbre.html>

339. Vidal-Folch X. El Constitucional se autolesiona. El País, 19 de julio de 2021. Accesible en: <https://elpais.com/opinion/2021-07-19/el-constitucional-se-autolesiona.html>

340. Aragón Reyes M. El COVID-19 y la ley. Revista de Libros, 30-6-2021. Accesible en: <https://www.revistadelibrelos.com/el-covid-19-y-la-ley/>

341. Tajadura Tejada J. Estado de alarma y seguridad jurídica. El País, 27 de octubre de 2020. Accesible en: <https://elpais.com/opinion/2020-10-26/estado-de-alarma-y-seguridad-juridica.html>

342. Cue CE. “No hay que tocar ni las leyes ni la Constitución tras la sentencia”. El País, 18 de julio de 2021. Accesible en: <https://elpais.com/espana/2021-07-18/bolanos-no-hay-que-tocar-la-constitucion-ni-las-leyes-tras-la-sentencia-del-constitucional.html>

343. González E. Darías descarta una ley de pandemias: “Nuestro modelo lo reconoce la OMS”. Redacción Médica, 15 de diciembre de 2021. Accesible en: [https://www.redaccionmedica.com/secciones/parlamentarios/darias-descarta-una-ley-de-pandemias-nuestro-modelo-lo-reconoce-la-oms-7463?utm\\_source=redaccionmedica&utm\\_medium=email-2021-12-16&utm\\_campaign=boletin](https://www.redaccionmedica.com/secciones/parlamentarios/darias-descarta-una-ley-de-pandemias-nuestro-modelo-lo-reconoce-la-oms-7463?utm_source=redaccionmedica&utm_medium=email-2021-12-16&utm_campaign=boletin)

---

344. Rincón R, Álvarez P. Entrevista a la Ministra de Justicia, Pilar Llop. El País, 29 de noviembre de 2021. Accesible en: <https://elpais.com/espana/2021-11-29/pilar-llop-no-hay-mayoria-suficiente-para-reformar-la-inviolabilidad-del-rey.html>

345. Solozábal Echavarría JJ. El Estado de alarma y el derecho de crisis en nuestro sistema constitucional. En: Derecho y Política ante la Pandemia: Reacciones y Transformaciones. Tomo I, Reacciones y transformaciones en el Derecho Público. Anuario de la Facultad de Derecho de la Universidad Autónoma de Madrid Extraordinario (2021). Madrid: UAM-BOE, 2021. P. 17-29. Accesible en: [https://books.google.es/books?id=cVFBEAAAQBAJ&pg=PA18&lpg=PA18&dq=El+Estado+de+alarma+y+el+derecho+de+crisis+en+nuestro+sistema+constitucional;+AFDUAM+extraordinario+2021&source=bl&ots=PROgGyDH6N&sig=ACfU3U1FF3cDpAcLUKkfnYoB-TV-HHJkMNO&hl=ca&sa=X&ved=2ahUKEwj1y8\\_cjqnzAhXHA2M-BHTpmBYYQ6AF6BAgCEAM#v=onepage&q=El%20Estado%20de%20alarma%20y%20el%20derecho%20de%20crisis%20en%20nuestro%20sistema%20constitucional%3B%20AFDUAM%20extraordinario%202021&f=false](https://books.google.es/books?id=cVFBEAAAQBAJ&pg=PA18&lpg=PA18&dq=El+Estado+de+alarma+y+el+derecho+de+crisis+en+nuestro+sistema+constitucional;+AFDUAM+extraordinario+2021&source=bl&ots=PROgGyDH6N&sig=ACfU3U1FF3cDpAcLUKkfnYoB-TV-HHJkMNO&hl=ca&sa=X&ved=2ahUKEwj1y8_cjqnzAhXHA2M-BHTpmBYYQ6AF6BAgCEAM#v=onepage&q=El%20Estado%20de%20alarma%20y%20el%20derecho%20de%20crisis%20en%20nuestro%20sistema%20constitucional%3B%20AFDUAM%20extraordinario%202021&f=false)

346. Consejo de Estado. Dictamen 213/2021 dictado en el Recurso de inconstitucionalidad contra determinados preceptos de la Ley de la Comunidad Autónoma de Galicia 8/2021, de 25 de febrero, de modificación de la Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia. Accesible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=CE-D-2021-213>

347. Rincón R. Jurisprudencia de emergencia contra la pandemia. El País, 16 de julio de 2021. Accesible en: [https://elpais.com/espana/2021-07-16/jurisprudencia-de-emergencia-contra-la-pandemia.html?event\\_log=oklogin](https://elpais.com/espana/2021-07-16/jurisprudencia-de-emergencia-contra-la-pandemia.html?event_log=oklogin)



## BIBLIOGRAFÍA

---

