

PROPUESTAS DE SESPAS PARA LA COMISIÓN DE RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA

**(FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y
DE LA SALUD PÚBLICA)**

Josefa Cantero Martínez

Presidenta de SESPAS (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria)

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

OBJETIVOS:

Analizar la situación de nuestro sistema sanitario y de salud pública y concretar medidas para:

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

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

Asimismo, se abordará el debate sobre las medidas a adoptar para: culminar con éxito el tránsito hacia la recuperación de una cierta normalidad, compatible con el mantenimiento de las políticas necesarias de protección de la salud; reaccionar de manera rápida y eficaz para contener, mitigar y revertir el impacto de eventuales rebrotes de la COVID-19 en los distintos ámbitos; y promover las reformas necesarias, a partir de la experiencia en la gestión de esta emergencia sanitaria, para reforzar la eficacia en la respuesta frente a futuras crisis y solventar las carencias y deficiencias detectadas en los distintos ámbito

ÍNDICE

- I. Breve presentación de SESPAS**
- II. Introducción**
- III. La toma de decisiones más inmediatas. Orientaciones para los poderes públicos**

1. Establecer una reserva estratégica de material sanitario, medicamentos, productos sanitarios básicos y demás recursos que sean necesarios para hacer frente a eventuales rebrotes o nuevas pandemias.
2. Reforzar el papel de la Atención Primaria y Comunitaria como puerta de entrada del paciente al servicio público sanitario.
3. Garantizar que el sistema dispone de las adecuadas capacidades de respuesta, dotando y planificando adecuadamente las plantillas de personal.
4. Establecer Planes estratégicos de gestión del personal que permitan reforzar el modelo en momentos puntuales de máxima tensión del sistema asistencial.
5. Realizar una importante función informativa y pedagógica por parte de los poderes públicos para recuperar la confianza de los ciudadanos y hacerles también más responsables de su salud.

- IV. Las lecciones aprendidas de la Covid-19: otras medidas para la consecución de un Sistema Nacional de Salud más eficiente y sostenible**

1. La necesidad de contar con un Sistema de Vigilancia en Salud Pública robusto, que aporte alta capacidad de alerta y respuesta ante cualquier emergencia o crisis sanitaria, debería situar la salud pública en la agenda política y social.
2. Es necesario desarrollar las previsiones y diseños organizativos previstos en la Ley General de Salud Pública de 2011.

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

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

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

3. La crisis sanitaria nos da también una buena oportunidad para clarificar el papel del Ministerio de Sanidad en un sistema sanitario políticamente descentralizado, así como el del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
4. La necesidad de adoptar un *Pacto por la Sanidad Pública* en el que se definan los rasgos más importantes del sistema, del servicio público que queremos todos los ciudadanos, sacando esta cuestión del debate y el enfrentamiento partidista.

I. BREVE PRESENTACIÓN DE SESPAS

La Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) es una sociedad científica de carácter plural y multidisciplinar que federa y agrupa a su vez a otras doce asociaciones científicas, de carácter temático o territorial, especializadas en distintos ámbitos relacionados directamente con la salud, entendida ésta en un sentido amplio y en un contexto multidisciplinar y cooperativo. SESPAS acoge, entre otros colectivos, a especialistas en epidemiología y salud pública, en epidemiología psiquiátrica, en sanidad ambiental, a expertos en economía de la salud, a profesionales de atención primaria y de la enfermería comunitaria y a juristas de la salud.

A todos nos une un objetivo común: contribuir desde nuestras respectivas áreas de conocimiento a la mejora de la salud de la población y del funcionamiento del servicio público sanitario, a través de la promoción del conocimiento científico y el desarrollo profesional de la salud pública y de la administración sanitaria.

Igualmente, SESPAS promueve el buen gobierno de la sanidad, a través de la síntesis y difusión del mejor conocimiento científico sobre los problemas sanitarios y del desarrollo efectivo de las políticas de salud, especialmente desde una perspectiva de la salud pública¹. Para ello, además de organizar congresos científicos, elaboramos informes bienales sobre problemas de la salud; asesoramos a las Administraciones que nos lo solicitan, hacemos escritos de posicionamiento sobre temas de actualidad y elaboramos nuestra prestigiosa revista GACETA SANITARIA, que es nuestra principal vía de expresión.

¹ La Salud Pública se encarga de la protección de la salud de la población mediante la prevención de enfermedades y la promoción de hábitos saludables. Contribuye notablemente a la sostenibilidad del sistema por los ahorros que genera. Prevenir el tabaquismo ahorra gran cantidad de recursos en tratar enfermedades pulmonares. Detectar y controlar a una persona que padece una enfermedad altamente contagiosa (pensemos por ejemplo en el sarampión, la rubéola, la varicela, la tuberculosis, etc.) previene que haya más pacientes con esa enfermedad, evita muchos tratamientos médicos y gastos sanitarios (y costes indirectos asociados, sociales, laborales, etc...). Promover hábitos de comida saludable disminuye los problemas de la obesidad. La vacuna contra la gripe alivia los colapsos en urgencias cada invierno. Detectar los contagios de coronavirus y cortarlos es crucial para eliminar presión a las sobrepasadas UCI y salvar vidas.

II. INTRODUCCIÓN

Atendiendo al encargo que nos ha convocado hoy en esta Comisión, quiero centrarme sólo en algunos de los puntos más importantes, en las pequeñas palancas de cambio que pueden contribuir a mejorar nuestro servicio público sanitario, con un enfoque especial, desde una perspectiva también de salud pública². En este sentido, la pandemia de la COVID-19 ha venido a agudizar algunos problemas y disfunciones que ya existían en nuestro Sistema Nacional de Salud. A partir de las lecciones aprendidas de esta crisis, podemos anticipar algunas conclusiones, que constituirán el hilo conductor de mi exposición:

- Hay un importante margen de recorrido de reformas que no son muy costosas, pero que permitirían fortalecer sensiblemente nuestro sistema público y hacerlo más sostenible a través del reforzamiento y de la promoción de la salud pública³.
- Podemos decir que disponemos ya de un adecuado marco normativo, especialmente en salud pública, que posiblemente solo requeriría de pequeños ajustes⁴. Ahora bien, hace falta voluntad política para implementarlo y cumplirlo y, sobre todo, grandes dosis de **LEALTAD INSTITUCIONAL** por parte de nuestras Administraciones públicas para actuar de forma coordinada y cohesionada. Algunas de las disfunciones que presenta nuestro actual modelo se han debido, no sólo a la falta de recursos económicos y de inversión en salud, sino también a la falta de iniciativa de los Gobiernos para el ejercicio de su potestad reglamentaria⁵ y, en ocasiones, a la propia inactividad de la Administración⁶.

² Existen numerosos trabajos sobre las líneas básicas de reforma del servicio público sanitario. Por todos, nos remitimos al documento elaborado por una de nuestras sociedades científicas, titulado *Sistema Nacional de Salud. Diagnóstico y propuestas de avance*, 2014, Asociación de Economía de la Salud, disponible en: <http://www.aes.es/sns-diagnostico-propuestas/>

³ Como ejemplo de buenas prácticas podemos traer a colación del *Plan de Salud de Aragón 2030*, concebido como un proyecto global, con medidas que actúan sobre los factores que determinan o influyen en nuestra salud y que pretende incorporar la salud a todas las políticas públicas. La salud no solo debe relacionarse con la falta de enfermedad porque es algo mucho más amplio. La salud está relacionada con vivir más años, pero también vivirlos en buenas condiciones. Está determinada por un amplio conjunto de factores (disponer de un medio ambiente saludable, de agua potable, de alimentos saludables, de disponer de un techo para vivir, de aire no contaminado, de estilos de vida saludables, de un entorno sin residuos, de un empleo digno, etc.). A su vez, la salud influye en el conjunto de la sociedad. La salud es riqueza: invertir en salud repercute favorablemente en la sociedad. <http://plansaludaragon.es/>

⁴ Dejamos al margen la reforma de la *Ley orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en materia de Salud Pública*, que debería acometerse para introducir mayores dosis de seguridad jurídica y prever la adopción de medidas extraordinarias como el confinamiento, sin tener que recurrir a la declaración del estado de alarma. Entendemos que no constituyen propiamente el objeto de nuestra comparecencia.

⁵ Pensemos, por ejemplo, en el desarrollo reglamentario del art. 11 de la Ley General de Salud Pública sobre transparencia y conflicto de intereses o en el reglamento de desarrollo del Real Decreto-Ley 7/2018 sobre universalización de la asistencia sanitaria.

⁶ Podemos traer a colación el ejemplo del *Cromoglicato Disódico* para los pacientes con patologías mastocitarias, que están teniendo serios problemas de desabastecimiento de este principio activo que para ellos resulta esencial. El laboratorio que comercializaba este principio activo ha dejado de fabricarlo porque no tienen interés comercial. El *Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios* y el *Real Decreto 782/2013, de 11 de octubre*, sobre distribución de medicamentos establece la obligación de

- Es preciso, además, un importante cambio cultural, una evolución del modelo sanitario. Nuestro actual modelo está primordialmente centrado en su faceta asistencial, focalizado en el tratamiento de la **enfermedad** y, posiblemente, medicalizado en exceso⁷. Tendría que producirse un avance hacia un modelo centrado en la **salud** y que se apoye también de modo importante en su **prevención**⁸ y su **promoción**⁹. Se trataría de orientar el sistema hacia la salud en lugar de centrarlo solo en la enfermedad, para conseguir que los ciudadanos tengan una mayor calidad de vida y reducir las desigualdades. Junto a la salud asistencial, la salud pública también debe jugar un papel fundamental.

III. LA TOMA DE DECISIONES MÁS INMEDIATAS. ORIENTACIONES PARA LOS PODERES PÚBLICOS

La pandemia nos ha enseñado que un brote de la COVID-19 tiene el potencial de desbordar el sistema asistencial de cualquier país, independientemente de sus capacidades habituales, superando los medios disponibles de la propia comunidad. Por eso debemos estar preparados¹⁰.

garantizar el abastecimiento adecuado y continuado de medicamentos (art. 3 y 68.2). Si hay problemas de suministro, corresponde a la *Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios*, en colaboración con las autoridades competentes de las Comunidades Autónomas, adoptar las medidas necesarias para resolver la situación. No se ha resuelto el problema cuando sería una solución tan sencilla como importarlo del extranjero a precio muy bajo. Nuestro marco normativo regula este tipo de situaciones, e incluso hay un *Plan de Garantías de Abastecimiento de Medicamentos 2019-2022*. Pero de poco sirven todos estos instrumentos si luego no se cumplen.

⁷ Medicalizar es aplicar medicamentos o hacer intervenciones médicas innecesarias o excesivas. Hacer creer a la gente que tiene una enfermedad puede ser una sustanciosa fuente de ingresos, cuando en realidad se trata de circunstancias que forman parte del ciclo vital: la tristeza, el cansancio, niños hiperactivos, adolescentes problemáticos, etc. En no pocas ocasiones, la adversidad cotidiana adquiere rango de enfermedad. El mundo de atención a la mujer es buen ejemplo de ello. Se realizan abordajes terapéuticos y farmacológicos cuando se trata de afrontar períodos que forman parte del ciclo vital de la mujer y que con educación para la salud y la incorporación de hábitos saludables normalmente no requerirían de ningún tipo de actuación médica. Como se ha resaltado, se produce una paradoja. Un ejemplo claro de esta manera de medicalizar es el de la Terapia Hormonal Sustitutiva para la Menopausia. Esta terapia consiste en incorporar estrógenos a las mujeres para que no dejen de menstruar en atención a todos los problemas que se producen para la mujer con la menopausia. Al mismo tiempo, salen al mercado nuevas píldoras para inhibir totalmente la menstruación y así evitar a la mujer sus molestias mensuales. La estrategia mercantil es clara: patologizar el ciclo menstrual y la etapa de la vida (muy larga, por cierto) en que las mujeres estamos sujetas a él. La paradoja de estas dos intervenciones es clara: mientras tenemos la menstruación nos la quieren quitar y cuando ya no la tenemos, nos la quieren prolongar con la THS (José Ramón Martínez Riera).

⁸ La prevención tiene por objeto reducir la incidencia y la prevalencia de ciertas enfermedades, lesiones y discapacidades en la población y atenuar o eliminar en la medida de lo posible sus consecuencias negativas mediante políticas acordes con los objetivos de esta ley.

⁹ La promoción de la salud incluye las acciones dirigidas a incrementar los conocimientos y capacidades de los individuos, así como a modificar los “determinantes de salud”, esto es, las condiciones sociales, laborales, ambientales y económicas, con el fin de favorecer su impacto positivo en la salud individual y colectiva.

10

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

Además, tiene planteado un reto muy importante. Es necesario, no solo volver a la normalidad en la prestación del servicio público, sino recuperar la demora. Durante estos meses de pandemia, el sistema normal de atención sanitaria se ha visto afectado de modo intenso porque todos los recursos se han concentrado en la atención a la urgencia provocada por la Covid-19 y en evitar el colapso del sistema sanitario. Ello ha tenido como efecto la desatención de la patología ordinaria, no sólo porque en muchos centros de salud ha quedado suspendida¹¹, sino también por el propio miedo de los ciudadanos a contagiarse¹².

Por ahora, la pandemia ha tenido como respuesta un esfuerzo muy generoso por parte del personal sanitario, que ha mostrado claramente su vocación por lo público, su espíritu de servicio a la comunidad. Y, sobre todo, ha puesto de manifiesto la imperiosa necesidad

La **Estrategia de Seguridad Nacional 2017, aprobada por el Real Decreto 1008/2017, de 1 de diciembre**, ya incluía como nuevos ámbitos de actuación la preservación del medio ambiente, la lucha contra el cambio climático y la seguridad frente a epidemias o pandemias (pág. 23 y ss.). Estas nuevas amenazas son muy importantes si tenemos en cuenta que nuestro país recibe más de 75 millones de turistas al año, con puertos y aeropuertos que se cuentan entre los de mayor tráfico del mundo, un clima que favorece cada vez más la extensión de vectores de enfermedades, con una población envejecida y una situación geopolítica polarizada, no está exenta de amenazas y desafíos asociadas a enfermedades infecciosas tanto naturales como intencionadas. En la Estrategia se establecen los elementos y las medidas necesarias para la seguridad frente a las epidemias y pandemias. Se resaltan la necesidad de minimizar los riesgos y su posible impacto sobre la población a través de varias medidas: reducir la vulnerabilidad de la población a los riesgos infecciosos cuando es factible (por ejemplo, mediante la vacunación), la probabilidad de introducción de riesgos infecciosos (por ejemplo, mediante el control e inspección de mercancías en frontera), así como la probabilidad de transmisión interna de enfermedades (por ejemplo, mediante buenos programas de prevención y promoción de la salud o buenos sistemas de saneamiento).

¹¹ PUEYO SÁNCHEZ, María Jesús, “Pensando en la recuperación de la actividad sanitaria (I)”, Blog de AES, 28 de mayo de 2020, disponible en: <http://www.aes.es/blog/2020/05/28/pensando-en-la-recuperacion-de-la-actividad-sanitaria-i/>

¹² El resultado ha sido un aumento considerable de las listas de espera, que ya se encontraban en una situación de extrema delicadeza. Se sospecha, además, que el número de muertes comunicadas desde los diferentes Registros Civiles ha aumentado considerablemente respecto de años anteriores por esta **desatención sanitaria**. Habría que adoptar medidas que inspiren confianza en los ciudadanos, que sepan que no van a contagiarse por asistir con normalidad a los servicios y recibir la asistencia que requiera su estado de salud. La atención a la patología ordinaria, que tendrá que convivir con la atención a la patología COVID-19, exige un importante incremento de actividad, de recursos económicos y humanos, así como medidas organizativas para la separación de los espacios.

de apuntalar y fortalecer el sistema, de contar con un SNS fuerte, sólido y adecuadamente dotado.

Para eventuales rebrotes o nuevas pandemias es necesario que el Sistema Nacional de Salud esté preparado, que cuente con la necesaria **capacidad asistencial y capacidad de vigilancia epidemiológica**. De modo inmediato, deberían adoptarse ya algunas medidas importantes:

1. **Establecer una reserva estratégica de material sanitario**, medicamentos, productos sanitarios básicos¹³ y demás recursos que sean necesarios para hacer frente a eventuales rebrotes, nuevas pandemias o crisis sanitarias de cualquier índole que puedan volver a producirse (materiales de protección, EPI's, mascarillas, sustancias desinfectantes, instalaciones de camas de UCIs, respiradores automáticos, etc.).

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

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

2. **Reforzar el papel de la Atención Primaria y Comunitaria** como puerta de entrada del paciente al servicio público sanitario, como filtro de la atención especializada y ahora, además, como centinela de la detección de nuevos casos de coronavirus, tratamiento inmediato, rastreo de contactos y seguimiento durante la cuarentena.

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

Ciertamente es difícil gestionar más de 13.000 centros de salud y consultorios y donde han incidido de modo directo las políticas de austeridad mantenidas en los últimos años y han llevado a la atención primaria a una crisis manifiesta que se traduce en variabilidad

¹³ Puede ser de gran utilidad seguir con la Estrategia seguida por el *Plan de Garantías de Abastecimiento de Medicamentos 2019-2022* (abril de 2019).

territorial, de recursos humanos y de cartera efectiva en el territorio nacional, que están afectando profundamente la calidad de los servicios que recibe la población. La pandemia la ha tensionado todavía más.

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

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

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

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

El sistema público, no solo debe estar preparando para responder a eventuales rebrotes o nuevas pandemias, sino que también tiene que atender a la patología ordinaria, que ha quedado desatendida durante estos meses.

El sistema de vigilancia e información epidemiológica, que proporciona indicadores diarios para la vigilancia y para articular, en su caso, una alerta y respuesta temprana, es complejo y requiere la coordinación de las Comunidades Autónomas con el Estado¹⁴. El

¹⁴ El *Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la red nacional de vigilancia epidemiológica*, permite la recogida y el análisis de la información epidemiológica con el fin de poder detectar problemas, valorar los cambios en el tiempo y en el espacio, contribuir a la aplicación de medidas

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

La existencia de profesionales en salud pública competentes es la mejor garantía de que la Administración sanitaria cumple con sus obligaciones de defensa de la salud.

Desde SESPAS pensamos que hay que **dotar adecuadamente -y con mayor número de efectivos- todas las estructuras relacionadas con la salud pública, entendida en sentido amplio, tanto en los servicios asistenciales como en los no asistenciales.** Sólo ello nos permitirá contar con las capacidades adecuadas para responder con prontitud ante nuevos riesgos. El sistema tiene que contar con personal suficiente para hacer todas estas labores de vigilancia de la salud, detección de contagios, seguimiento y rastreo, etc. Además, hay que gestionar toda la información que genera el sistema y saber interpretarla y utilizarla en coordinación directa entre la Atención Primaria y Comunitaria, los servicios de vigilancia epidemiológica autonómicos y el Ministerio de Sanidad.

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

Para explicar la necesidad de planificación, podemos traer a colación lo que ocurre, por ejemplo, con el personal de **Medicina Familiar y Comunitaria y la Medicina Preventiva y Salud Pública**, que son dos de las especialidades que están llamadas a tener un mayor protagonismo si, como se ha dicho, se refuerzan los servicios de Atención Primaria y Comunitaria y las estructuras de salud pública. Estudios realizados recientemente sugieren que estas dos especialidades médicas son de las que peor pronóstico tienen a corto y medio plazo.

A día de hoy ya son especialidades con proyección deficitaria. Así lo apunta el informe titulado *ESTIMACIÓN DE LA OFERTA Y DEMANDA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS. ESPAÑA 2018-2030*, publicado en 2019 y realizado por Patricia BARBER PÉREZ y Beatriz GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, que debería permitir orientar las políticas

de control individual y colectivo de los problemas que supongan un riesgo para la salud de incidencia e interés nacional o internacional y difundir la información a sus niveles operativos competentes.

de personal en la Administración sanitaria. En estas áreas ya se prevé un desequilibrio moderado de personal en las especialidades de Medicina Preventiva y Salud Pública y en la especialidad de Medicina de Familia. Esto es, habrá un desequilibrio entre la oferta y demanda de médicos que supera un 10%. Mientras que la mayor parte de las especialidades aumentarán sus efectivos, es muy preocupante que lo reduzcan dos especialidades que deberían estar llamadas a desempeñar un papel fundamental. Según estas proyecciones, la Medicina preventiva y salud pública vería reducido sus porcentajes de una manera muy notable, en más del 27% y la Medicina Familiar y Comunitaria, en un 14%.

Es evidente que las condiciones de los trabajos que se ofertan están detrás de los déficits en algunas especialidades: plazas poco atractivas en lugares remotos o alejados de grandes núcleos poblacionales y contratos temporales precarios explicarían las causas del problema, que no se solucionaría aumentando números, sino yendo a la raíz de aquellas causas fundamentales. Si queremos reforzar la atención primaria y las estructuras de salud pública, debería planificarse con tiempo y adoptar ya las medidas que sean necesarias para aumentar el personal en estas especialidades. Teniendo en cuenta los resultados globales del modelo de simulación, que apuntan a un déficit de especialistas moderado, podría considerarse la posibilidad de aumentar ligera y progresivamente el número de plazas MIR convocadas en las especialidades con proyección deficitaria, tal como se apunta en dicho informe.

En todo caso, si se pretenden reforzar y mejorar estas especialidades de cara a la mejora de la gestión de futuros rebrotes o pandemias, deberían analizarse estos datos y empezar a poner remedio, pues los resultados de cualquier política que se adopte no serán inmediatos.

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

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

Estudios similares deberían hacerse también respecto de otros **profesionales de los respectivos servicios de salud pública de las Comunidades Autónomas**. Me refiero a los equipos que, dentro de sus correspondientes Consejerías de Salud, ya sea desde los servicios centrales, provinciales y a nivel local, llevan a cabo las tareas de vigilancia, la promoción, la prevención y la protección de la Salud y están adscritos a las áreas de

conocimiento de la **epidemiología, la sanidad ambiental, la seguridad alimentaria y los laboratorios de salud pública**. Se trata de funcionarios, cuyas titulaciones de base son muy diferentes. Son profesionales de medicina, farmacia, veterinaria, biología, química, física, enfermería etc. Dada la diversidad de determinantes de la salud y el carácter multidisciplinar de la salud pública, estos profesionales responden a muy diferentes perfiles académicos, por lo que no son necesariamente profesionales sanitarios regulados en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

Estas estructuras surgieron con fuerza después de una gran crisis en salud pública como la intoxicación masiva por el aceite de colza adulterado y después se han dejado languidecer. Las decisiones de ahorro en materia de personal que se han adoptado en los últimos años como consecuencia de la crisis económica han mermado considerablemente sus plantillas, aún más que los profesionales asistenciales. Se han suprimido planes de formación; las tasas de reposición de efectivos y la ausencia de nuevas ofertas de empleo público han provocado, al igual que ocurre con muchos otros sectores de la Administración, un sensible envejecimiento de este importante colectivo de profesionales (la edad media ronda los 50-60 años).

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

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

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

Estos planes deberían garantizar la mejor distribución en el territorio de todos los recursos humanos, de acuerdo con las necesidades que se pongan de manifiesto en la gestión de las correspondientes crisis sanitarias¹⁵.

¹⁵ Una medida similar es la prevista en el art. 39.1.e) de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, aunque solo para el ámbito de la cooperación sanitaria internacional. Dentro de las acciones en materia de salud internacional prevé que el Ministerio pueda establecer y coordinar una red de profesionales

Deberían permitir una mejor redistribución del personal entre centros o entre territorios; establecer temporalmente servicios extraordinarios por su duración o por su naturaleza; medidas extraordinarias, como, por ejemplo, el reingreso al servicio activo del personal en excedencia; la posible extensión de horarios y turnos de trabajo; el aumento de las contrataciones temporales, etc. El objetivo es que no se altere la continuidad del servicio público y tenga siempre capacidad de respuesta.

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

Esta función tendría que tener como objetivos:

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

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

IV. LAS LECCIONES APRENDIDAS DE LA COVID-19: OTRAS MEDIDAS PARA LA CONSECUCCIÓN DE UN SISTEMA NACIONAL DE SALUD MÁS EFICIENTE Y SOSTENIBLE

sanitarios y equipos que estén en disposición de cooperación sanitaria inmediata, a fin de poder responder a emergencias sanitarias internacionales.

Además de estas medidas, que son las respuestas más inmediatas que los poderes públicos deberían dar para reaccionar ante nuevos rebrotes, podemos aprovechar la crisis pandémica de la COVID-19 que estamos padeciendo como una ocasión para reflexionar sobre las medidas que permitirían mejorar y fortalecer nuestro Sistema Nacional de Salud. Son varias las reflexiones que, a juicio de SESPAS, podrían hacerse para orientar la toma de decisiones políticas en esta materia.

1. La necesidad de contar con un Sistema de Vigilancia en Salud Pública robusto, que aporte alta capacidad de alerta y respuesta ante cualquier emergencia o crisis sanitaria, debería situar la salud pública en la agenda política y social.

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

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

De hecho, hay muchas voces autorizadas que han hablado del “menosprecio” por la salud pública, de que España lleva décadas ignorando políticas de Salud, que son realmente las que preparan a un país para emergencias como el coronavirus, como lamentablemente hemos tenido ocasión de ver en estos últimos meses. Más que hablar de “menosprecio”, que conlleva cierta intencionalidad y una carga peyorativa, desde SESPAS pensamos que tradicionalmente ha habido una clara **DESATENCIÓN** de la salud pública y a la prevención por parte de los poderes públicos. Esto es, falta de la merecida atención a algo que realmente la necesita. Buena prueba de ello son los escasos recursos presupuestarios que se dedican a la salud pública y que hasta el año 2011 no se desarrollara su marco legal. Nos referimos a la **Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública**. Han pasado ya casi diez años y la mayor parte de sus preceptos más novedosos ni siquiera se han desarrollado. De ahí que, tal como decía al principio de mi intervención, de poco sirven los marcos jurídicos que tenemos si después no se desarrollan ni se llevan a la práctica. Hace falta impulso político y un cambio de cultura en la Administración y en la forma de hacer las cosas.

Esta desatención se ve reflejada en el presupuesto y en los recursos que se destinan a la salud pública. Podemos hacernos una idea teniendo en cuenta la última **Estadística de Gasto Sanitario Público 2018**, que publicó el Ministerio de Sanidad en abril de 2020. El

gasto sanitario público ha representado en 2018 el 5,9 del PIB. De estas cuantías, las principales partidas se gastan en la atención especializada (68,6%) y la farmacia. Sólo el 1,1% del gasto se destina a los servicios de salud pública y el 14,6 a los servicios primarios. Unos 799 millones de euros se destinan a la salud pública frente a casi los 44.000 millones de servicios hospitalarios y especializados. Curiosamente, con la crisis hemos vuelto la vista a estas dos estructuras, la de atención primaria y comunitaria y a las estructuras de salud pública, que son en las que menos se gasta.

La actual pandemia debe permitir **PONER EN VALOR LA SALUD PÚBLICA**, porque es tan importante como la salud asistencial y también ha de desempeñar un papel esencial en nuestro sistema de salud. La propia Organización Mundial de la Salud ya nos ha dicho que los confinamientos por sí solos no funcionan. No se puede tener a una sociedad perpetuamente confinada para evitar los contagios. Hay que poner en marcha la vigilancia de salud pública, la investigación y seguimiento de los casos (la trazabilidad o rastreo de casos), la realización de test si aparecen síntomas, las cuarentenas y, obviamente, la atención sanitaria.

2. Es necesario desarrollar las previsiones y diseños organizativos previstos en la Ley General de Salud Pública de 2011.

El diseño institucional de los sistemas de salud pública posiblemente no sea el adecuado para la escala de una pandemia tan severa como la que estamos padeciendo y para el nivel de descentralización político-sanitaria que existe en nuestro país. La respuesta a la pandemia, que no entiende de fronteras entre territorios¹⁶, requiere de cooperación de todos los agentes implicados, la coordinación entre ellos, la confianza mutua y la lealtad entre las instituciones existentes con competencias en la materia. Habría que explorar fórmulas organizativas para poner en común y aprovechar las capacidades e inteligencia en salud pública de todos los agentes implicados.

En este sentido, podrían adoptarse varias medidas:

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

Esta institución fue creada modestamente en la ley para realizar funciones de asesoramiento científico y técnico en materia de salud pública, a pesar de que en sus

¹⁶ Algunos expertos proponen como solución institucionalizar la cooperación en Europa a través de la transferencia de las competencias en materia de salud pública a una agencia europea. Se trataría de crear una Agencia de Salud Pública en Europa, como un organismo encargado de garantizar soluciones de políticas cooperativas en todos los Estados miembros. Si todos los países europeos hubieran implementado la misma respuesta política que alegó Alemania, Europa probablemente tendría muchas menos muertes. COSTA FONT, Joan, “Una Agencia Europea de Salud Pública para afrontar los efectos de males públicos globales”, *Boletín Informativo Economía y Salud*, nº 94, mayo 2020, Asociación de Economía de la Salud, disponible en: <http://www.aes.es/boletines/news.php?idB=35&idN=1513>

borradores iniciales estaba concebida como una potente agencia de salud pública. Estaría encargada de realizar también funciones de evaluación de intervenciones en salud pública, tanto en el ámbito del Estado como en el ámbito de las demás Administraciones Públicas. Sería, además, el responsable de la realización de las funciones de seguimiento y evaluación de la Estrategia de Salud Pública y de coordinar las acciones desarrolladas por los centros nacionales de salud pública.

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

Se trataría de crear un organismo potente, dotado de personalidad jurídica propia y encargado de la “inteligencia en salud pública”, que debería aunar y aprovechar en red todas las capacidades que existen en las Comunidades Autónomas.

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

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

Su creación y puesta en funcionamiento exigiría repensar el actual diseño organizativo para simplificarlo, clarificarlo y, sobre todo, para evitar duplicidad de órganos. Habría que reflexionar si su creación afectaría a otros centros y unidades ya existentes y el marco de relaciones entre ellos. Pensemos, por ejemplo, en el Centro Nacional de Epidemiología o en el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias. También habría que analizar con calma la forma y la naturaleza de la personalidad jurídica que debería adoptar, dentro del catálogo de figuras organizativas que prevé la actual Ley 40/2015 de régimen jurídico del sector público, teniendo en cuenta que el modelo de agencia ya no existe.

Posiblemente habría que hacer algunos ajustes normativos, toda vez que la actual Disposición adicional cuarta de la ley la concibe a partir de la reestructuración de las unidades existentes contempladas en el Real Decreto de desarrollo del Ministerio de

Sanidad, pero sin recursos (no puede suponer un incremento de los créditos presupuestarios¹⁷). La experiencia nos demuestra que sin recursos económicos no se pueden hacer cosas.

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

Este precepto es otro ejemplo de marcos jurídicos adecuados y de buenas ideas que se quedan simplemente en el texto de la ley. Además del importante cambio de cultura que ello requiere en la Administración y en la forma de hacer las cosas, exige nuevamente voluntad política y desarrollo reglamentario.

La regulación es muy modesta, aunque supondría un importantísimo avance. Se limita a proclamar los principios generales de transparencia, publicidad e imparcialidad y remite a un reglamento para la regulación de los conflictos de interés. Aun así, no se ha cumplido.

Las Administraciones sanitarias están obligadas legalmente a realizar todas sus actuaciones de salud pública bajo los principios de transparencia y publicidad, como instrumentos que permiten garantizar la imparcialidad de las personas y organizaciones que se relacionen con ellas. Sin embargo, no disponen todavía de los instrumentos necesarios para cumplir con esta obligación porque falta el correspondiente desarrollo reglamentario¹⁸.

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

Estas medidas son imprescindibles para asegurar que las actividades de tipo científico y el asesoramiento que requiere la Administración en materia de salud pública es realmente

¹⁷ Según esta disposición, el Centro coordinaría su actividad con los centros nacionales de Epidemiología, Microbiología, Sanidad Ambiental, Medicina Tropical, Escuela Nacional de Sanidad y Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, y otras unidades, centros y organismos de titularidad estatal que tengan entre sus competencias el desarrollo de funciones en materia de salud pública en conexión con el desarrollo de actividades de investigación.

¹⁸ Según dispone dicho precepto, las Administraciones sanitarias exigirán transparencia e imparcialidad a las organizaciones científicas y profesionales y a las personas expertas con quienes colaboren en las actuaciones de salud pública, incluidas las de formación e investigación, así como a las personas y organizaciones que reciban subvenciones o con las que celebren contratos, convenios, conciertos o cualquier clase de acuerdo.

imparcial e independiente y no están sesgadas por otros intereses ajenos al interés general, a la salud de la población. Con ello se refuerza además la **confianza** de la población en la autoridad sanitaria y en sus recomendaciones de salud pública. Además, favorece el **control** de la Administración, no sólo de la legalidad de sus decisiones, sino también de su acierto y oportunidad.

La transparencia es, sin duda, el mejor instrumento para asegurar que los procesos de toma de decisiones son claros en todos sus términos. Se debe aplicar a todos los ámbitos de la salud pública, a la financiación de la innovación, a los procesos de autorización y fijación de precio de los medicamentos, diagnósticos, vacunas y tecnologías sanitarias y, en general, a todas las relaciones entre la industria y el sector público. Para ello, es imprescindible establecer mecanismos jurídicos vinculantes y obligatorios que vigilen y aseguren una política de conflictos de interés entre profesionales y la industria sanitaria, que garantice el interés general por encima de intereses particulares.

En este sentido, y como rasgo de madurez del sistema, debería avanzarse todavía más, hacia la regulación de las llamadas “actuaciones de participación activa” en las políticas públicas para dotarlas del adecuado régimen jurídico. En principio, el diálogo que suele producirse entre los poderes públicos y los actores privados (*lobbies* o grupos de interés) para intentar influir en las políticas públicas, si se lleva a cabo en una forma íntegra y transparente, debería ser también una forma legítima de participación. En materia sanitaria queda mucho por hacer en este ámbito. Habría que crear nuevos marcos normativos para incrementar la seguridad jurídica, definiendo reglas éticas, estableciendo mecanismos de transparencia y sistemas de prevención de conflictos de intereses que eviten prácticas corruptas. Un punto necesario sería también la creación de registros de grupos de interés, que permitirían identificar a las personas que actúan para intentar influir en la toma de decisiones públicas, dando así a conocer las relaciones que tienen con la Administración¹⁹.

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

Esta red está prevista en el art. 13 de la Ley para coordinar el sistema de vigilancia de factores condicionantes, el de problemas de salud y los sistemas de alerta precoz y respuesta rápida. Sin embargo, no ha llegado a desarrollarse reglamentariamente.

La vigilancia en salud pública es el conjunto de actividades destinadas a recoger, analizar, interpretar y difundir información relacionada con el estado de la salud de la población y

¹⁹ Buen ejemplo de estas regulaciones es la *Ley catalana 19/2014, del 29 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno*, y el *Decreto 171/2015, de 28 de julio, sobre el Registro de grupos de interés de la Administración de la Generalidad y de su sector público*. El registro permitiría dar publicidad de las actuaciones de los grupos de interés, especialmente de las reuniones mantenidas con cargos públicos, autoridades y empleados públicos y de las comunicaciones, los informes y otras contribuciones en relación con las materias tratadas. Define los grupos de interés como las personas físicas y las organizaciones que trabajan por cuenta propia y participan en la elaboración y la aplicación de las políticas públicas de la Administración en defensa de intereses de terceras personas u organizaciones.

los factores que la condicionan, con el objeto de fundamentar las actuaciones de salud pública. Como es lógico, este sistema debe tener un funcionamiento continuo e ininterrumpido las veinticuatro horas del día.

Permitiría ir más allá de lo que es la vigilancia en las enfermedades meramente contagiosas, de las que se ocupa la **Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)**, que se gestiona desde el Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III y en coordinación con el **Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias**²⁰. Permitiría proporcionar a la Administración información sobre los condicionantes sociales y las desigualdades que incidan en la salud de la población, riesgos ambientales, seguridad alimentaria, riesgos relacionados con la salud en el trabajo, con las enfermedades no transmisibles. Proporcionaría también información sobre las enfermedades transmisibles (incluyendo las zoonosis y las enfermedades emergentes), los problemas de salud relacionados con el tránsito internacional de viajeros y bienes, con las lesiones y la violencia y, en general, con cualesquiera otros problemas para la salud pública de los que se tenga constancia.

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

De hecho, la doctrina la ha considerado como el marco óptimo para el control de las enfermedades y la toma de decisiones basadas en la evidencia²¹. Permite configurar el marco necesario para el control de las enfermedades y otros posibles riesgos para la salud (pensemos, por ejemplo, en el cambio climático) y para la toma de decisiones basadas en la evidencia. Como recoge la exposición de motivos de la Ley, su finalidad es «información para la acción». Es más, tiene valor por sí misma, incluso aunque no fuera acompañada de otro tipo de actuaciones (análisis de situación, definición de prioridades, evaluación de políticas, etc.), toda vez que la información que proporcionan puede contribuir a la planificación y a inspirar nuevas líneas de investigación.

En esta tarea deben compartir responsabilidades los distintos niveles de Administración territorial, la Administración General del Estado, las Comunidades Autónomas, las ciudades de Ceuta y Melilla y a la Administración local, correspondiendo su cohesión y

²⁰ El Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias es la unidad responsable de la elaboración y desarrollo de los planes de preparación y respuesta para hacer frente a las amenazas de salud pública. Depende de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Fue creado en el año 2004 (ORDEN SCO/564/2004, 27 de febrero) y es el que se encarga de coordinar la gestión de la información y de apoyar en la respuesta ante situaciones de alerta o emergencia sanitaria nacional o internacional que supongan una amenaza para la salud de la población. Para ello se creó el *Sistema Nacional de Alerta Precoz y Respuesta Rápida* (SIAPR)). Ejerce de Centro Nacional de Enlace con la OMS para el cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional 2005, así como de punto focal del Sistema de alerta precoz y respuesta de la Comisión Europea, Early Warning Response System (EWRS).

²¹ NOGUERA, Isabel, ALONSO, Juan Pablo y otros, “Vigilancia en salud pública: una necesidad inaplazable”, *Gaceta Sanitaria*, 2017; 31-4. Seguimos a estos autores en este punto.

calidad al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a través de la Comisión de Salud Pública.

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

Dado que ya existen interesantes experiencias autonómicas con la creación de estas redes de vigilancia en salud pública, se trataría de integrarlas en la Red nacional, dotando así a toda la información que generan de la correspondiente articulación y liderazgo nacional. Sin embargo, la vigilancia, la alerta y la respuesta, las estrategias y los programas de salud, y las fuentes de información sanitaria, se suelen repartir en diferentes unidades administrativas, lo que resulta disfuncional. Mientras tanto, la información que se genera por estas redes autonómicas es muy desigual, lo que está creando brechas importantes entre comunidades autónomas, que no deberían existir ni mucho menos crecer.

Este tipo de vigilancia requiere ineludiblemente estructuras adicionales de coordinación o un proceso de integración en unidades explícitas de vigilancia en salud pública. Como señalan los autores mencionados, se trataría de integrar en todo el Estado los sistemas de vigilancia en salud pública ya en marcha, promoviendo un desarrollo territorial armónico, sólido y coordinado, y dando prioridad a la eliminación de las brechas existentes entre comunidades autónomas.

3. La crisis sanitaria nos da también una buena oportunidad para clarificar el papel del Ministerio de Sanidad en un sistema sanitario políticamente descentralizado, así como el del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

La descentralización de la Sanidad, incluida la Salud Pública es sin duda positiva, pues permite una atención más próxima a las personas. Hoy nadie duda de sus virtudes y del papel tan relevante que tienen las Comunidades Autónomas en la gestión de la asistencia sanitaria y de la salud pública.

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

La asunción de competencias por parte de las Comunidades Autónomas no significa que el Ministerio de Sanidad haya perdido importancia, simplemente que debe hacer otras cosas distintas, que ya no son la gestión de la asistencia sanitaria. Habrá que iniciar un proceso de reflexión para ver qué cosas son las que debe hacer y es imprescindible que

haga y, además, habrá de dotarle de recursos económicos y de medios para hacerlo²². El Ministerio de Sanidad debería salir reforzado con la crisis. Debería asumir un mayor liderazgo en vigilancia en salud pública, en investigación en salud y en innovación estratégica y organizativa. A él le corresponde definir el interés público general y garantizar la igualdad y la cohesión del modelo en todo el territorio nacional, siendo conscientes de que ha de atender a la salud pública desde el criterio técnico y, al mismo tiempo, ponderar otros bienes e intereses también dignos de protección.

Su papel debería ser reforzado en la medida en que le corresponde la propuesta y ejecución de la política del Gobierno en materia de salud, de planificación y asistencia sanitaria, así como el ejercicio de las competencias de la Administración General del Estado para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud (Real Decreto 454/2020, de 10 de marzo, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, y se modifica el Real Decreto 139/2020, de 28 de enero, por el que se establece la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales).

Además, el Ministerio de Sanidad tiene atribuidas importantísimas responsabilidades constitucionales en esta materia para la coordinación general de la sanidad y para la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales (puntos 1 y 16 del art. 149 de la Constitución). La **coordinación** debe ser entendida como la fijación de medios y de sistemas de relación que hagan posible la información recíproca, la homogeneidad técnica en determinados aspectos y la acción conjunta de las

²² Si nos fijamos en el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria de abril de 2019 posiblemente podamos ver un buen catálogo de lo que deberían ser las funciones renovadas de un Ministerio fuerte: impulsar la propia elaboración del marco estratégico, trabajando en red con las Comunidades Autónomas y con todos los agentes implicados en esta materia; acometer los cambios normativos necesarios para definir y reforzar el rol, las atribuciones y responsabilidades de la atención primaria de salud como agente principal del paciente ante el Sistema Sanitario; actualizar la cartera de servicios de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud, poniendo especial énfasis en la equidad y los determinantes sociales, las actividades de promoción de la salud y la atención a la cronicidad y dependencia; acometer los cambios normativos necesarios para definir un nuevo ámbito de Atención Primaria y Comunitaria de Salud, partiendo de la actual composición de los Equipos de Atención Primaria y las Unidades de Apoyo, definiendo perfiles profesionales, sanitarios y no sanitarios, funciones y servicios que deben desarrollar, así como ratios aceptables y circuitos de coordinación; liderar la creación de protocolos para posibilitar el trabajo colaborativo con agentes de salud comunitarios (farmacéuticos, psicólogos, asistentes sociales, fisioterapeutas, etc.); establecer criterios de calidad para cada servicio, medibles y evaluables, que aseguren una oferta asistencial común equitativa y homogénea, sin perjuicio de las adaptaciones que puedan requerirse en función de las necesidades de cada área; constituir una estructura operativa estable para la coordinación y seguimiento del Marco Estratégico; coordinar las actividades con los distintos centros directivos de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales, y canalizar las propuestas que lleguen de los diferentes grupos de interés; establecer, en colaboración con las Comunidades Autónomas, indicadores de seguimiento para monitorizar a lo largo del tiempo el grado de implantación de las acciones comprendidas en el Marco Estratégico; identificar las intervenciones sanitarias innecesarias, que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o no son prioritarias (recomendaciones de «no hacer») y establecer medidas para su retirada de la práctica clínica, que afectan al conjunto del SNS; desarrollar los aspectos recogidos en la Ley General de Salud Pública en relación con la coordinación de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y lesiones en el SNS, partiendo de la elaboración de un documento de consenso sobre mecanismos de coordinación e impulsando las actuaciones intersectoriales de Salud Comunitaria, en el marco de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS; evaluar y actualizar el Marco Estratégico, etc.

autoridades sanitarias estatales y autonómicas en el ejercicio de sus respectivas competencias, de tal modo que se logre la integración de actos parciales en la globalidad del sistema sanitario.

Al mismo tiempo, es necesario reflexionar también sobre las necesarias relaciones de cooperación y coordinación que deben existir entre el Ministerio de Sanidad y las correspondientes Consejerías o Departamentos de Salud de las Comunidades Autónomas.

Salvo las noticias que tenemos por los medios de comunicación, no sabemos mucho del papel que ha desarrollado el **Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud** (CISNS) durante la crisis, aunque nos gustaría pensar que ha sido relevante. En la página Web del Ministerio de Sanidad la información todavía no ha sido actualizada. En cualquier caso, en SESPAS pensamos que también sería un buen momento para reflexionar y hacer balance de su experiencia en estos años, especialmente durante la gestión de la pandemia, y sobre sus disfunciones.

El Consejo Interterritorial es el principal instrumento de configuración del Sistema Nacional de Salud. Su naturaleza jurídica es la de una Conferencia Sectorial. Está previsto en la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, que lo regula solo en sus aspectos más básicos y lo configura como órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los Servicios de Salud entre ellos y con la Administración del Estado. Tiene como finalidad promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud a través de la garantía efectiva y equitativa de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado.

Según lo previsto en el art. 73 de la Ley de cohesión y calidad del SNS, los acuerdos se plasman a través meramente de **Recomendaciones** que se aprueban, en su caso, por consenso. Los acuerdos de cooperación para llevar a cabo acciones sanitarias conjuntas, se formalizan mediante convenios del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Nuestro actual marco normativo permitiría afinar todavía más este marco de relaciones y actualizar la naturaleza de sus acuerdos para hacerlos incluso vinculantes, en coherencia con el nuevo marco de posibilidades de actuación que prevé el art. 151 la *Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público*.

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

Ahora bien, cuando la Administración General del Estado ejerza funciones de coordinación, de acuerdo con el orden constitucional de distribución de competencias del

ámbito material respectivo, tal como sucede en materia sanitaria, el Acuerdo que se adopte en la Conferencia Sectorial, y en el que se incluirán los votos particulares que se hayan formulado, será de obligado cumplimiento para todas las Administraciones Públicas, con independencia del sentido de su voto, siendo exigibles en la vía judicial²³.

La posibilidad de hacer estos Acuerdos vinculantes existe, aunque requeriría la previa modificación de los artículos 71 y 73 de la Ley 16/2003, que solo prevé la elaboración de Recomendaciones por consenso. Ahora bien, otra cosa es que ello sea deseable e incluso viable, teniendo en cuenta la naturaleza de este órgano y que, en ocasiones, lo político no se puede solucionar desde el mundo jurídico, sino que precisa mayores dosis de lealtad, confianza y compromiso entre instituciones. En este sentido, salvo que así lo requiera la necesidad de adoptar soluciones en graves situaciones de emergencia, en una sociedad madura parecería razonable apurar primero todos los principios y mecanismos que prevé nuestro actual sistema normativo para garantizar una adecuada coordinación y cooperación entre todos ellos, siempre desde la buena fe, la confianza legítima y la LEALTAD RECÍPROCA entre las instituciones (art. 3 de la Ley 40/2015).

4. Otra lección aprendida de la crisis es la necesidad de adoptar un Pacto por la Sanidad Pública el que se definan los rasgos más importantes del sistema, del servicio público que queremos todos los ciudadanos, sacando esta cuestión del debate y el enfrentamiento político.

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

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

²³ Por el contrario, **la Recomendación** tiene como finalidad expresar la opinión de la Conferencia Sectorial sobre un asunto que se somete a su consulta. Los miembros de la Conferencia Sectorial se comprometen a orientar su actuación en esa materia de conformidad con lo previsto en la Recomendación, salvo quienes hayan votado en contra mientras no decidan suscribirla con posterioridad. Si algún miembro se aparta de la Recomendación, deberá motivarlo e incorporar dicha justificación en el correspondiente expediente.

teórica de la universalización del derecho. La norma plantea importantes lagunas y establece algunos requisitos formales tan rígidos que dificultan el reconocimiento del derecho.

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

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

2. Definición de los **recursos presupuestarios mínimos que sean necesarios** para garantizar el derecho a la protección de la salud y los valores esenciales en los que se fundamenta nuestro sistema y, en especial, la cohesión, equidad y calidad del servicio público sanitario. Según los datos publicados por el Ministerio de Sanidad sobre gasto público sanitario, España gasta un 5,9 del PIB. Habría que aumentar de forma progresiva la dotación presupuestaria destinada a la salud pública y a la Atención Primaria y Comunitaria (hasta alcanzar el 25% del gasto público sanitario).

En este sentido, habría que avanzar ampliando la financiación de iniciativas públicas de I+D que contribuyan a fortalecer la red pública estatal de investigación y el sistema público de salud, garantizando que la investigación en salud atienda a las necesidades de la población. La crisis de la COVID-19 hace necesario que se compartan los datos en la investigación para evitar duplicidades y maximizar los esfuerzos de los investigadores. La investigación pública debe ser un sector estratégico que incida transversalmente e inunde todas las políticas estatales, y particularmente la referida al sector sanitario y farmacéutico.

3. Definición de un contenido mínimo de la **cartera de prestaciones**, en términos similares a lo que sucede en la actualidad. Debería recoger unos consensos básicos sobre la necesidad de garantizar también acceso a los **medicamentos, vacunas y diagnósticos**, que deben ser considerados **un bien público** y, por tanto, se han de poner en marcha todas las iniciativas que sean necesarias para que así sea.

Sería razonable revisar la política farmacéutica y, aunque se ha avanzado mucho, establecer procedimientos todavía más transparentes para la fijación de los

precios. Los precios deberían sustentarse en el coste real de I+D, producción y distribución de cada uno de los productos, al que se añadiría un margen de beneficio justo y razonable, teniendo en cuenta también otros elementos como la inversión pública en cada producto, beneficios fiscales e incentivos. La inclusión de nuevos medicamentos no debería poner en jaque la financiación de todo el SNS.

En SESPAS, al igual que ocurre con otros organismos internacionales y con la propia OMS, existe una importante preocupación por el acceso a las vacunas y a los medicamentos para la COVID-19.

Llegado el caso, y como medida extraordinaria, no debería descartarse la posibilidad de tener que recurrir a las llamadas flexibilidades en el sistema de propiedad intelectual. Las flexibilidades de los acuerdos sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) existen para dotar a los gobiernos de mecanismos de respuesta ante determinadas situaciones que ponen en riesgo la salud pública. La actual *Ley 24/2015, de 24 de julio, de patentes* recoge esta posibilidad. En escenarios como el de la COVID-19, y si está en riesgo el acceso a vacunas o medicamentos, no es descartable que el Gobierno pudiera recurrir a la vía excepcional de la activación de las licencias obligatorias. Llegado el caso, y siempre como remedio subsidiario, podría aplicar el artículo 66 de dicha Ley, en cuanto dispone que la explotación del objeto de una patente no puede llevarse a cabo de forma abusiva o contraria a la salud pública, debiendo estar supeditada, en todo caso, a las prohibiciones o limitaciones, temporales o definitivas, establecidas o que se establezcan por las disposiciones legales²⁴. Son remedios extremos y subsidiarios que no deberían descartarse si la salud pública, como interés general prevalente, así lo exigiera.

²⁴ La OMS ha realizado un llamamiento a la acción solidaria frente a la COVID-19 para la puesta en común de conocimientos, propiedad intelectual y datos. Se ha instado a los Estados a que adopten medidas para promover la innovación, eliminar obstáculos y facilitar el intercambio abierto de los conocimientos, la propiedad intelectual y los datos necesarios para la detección, prevención y tratamiento de la COVID-19 y la respuesta a dicha enfermedad, en particular mediante medidas legislativas y de política, y la colaboración internacional sobre prácticas de reglamentación, con el fin de garantizar la disponibilidad, la asequibilidad y el aseguramiento de la calidad de los productos en cuestión. Asimismo, Alienta para que todos los resultados de las investigaciones se publiquen con licencias abiertas que permitan el acceso gratuito a ellos, así como su uso, adaptación y redistribución por terceros sin restricciones o con restricciones limitadas, en particular a través de iniciativas como los principios FAIR: Buenas prácticas para la gestión y administración de datos científicos. También se insta a las empresas a conceder voluntariamente licencias no exclusivas y de ámbito mundial en relación con dichos derechos al Banco de Patentes de Medicamentos. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov/covid-19-technology-access-pool/solidarity-call-to-action>