

LOS LOGROS DE LA DESCENTRALIZACIÓN SANITARIA EN ESPAÑA.

*Por Juan Luis Beltrán Aguirre
Doctor en Derecho
Asesor Jefe del Defensor del Pueblo de Navarra*

SUMARIO:

I. BREVE RECORDATORIO DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN SANITARIA SEGUIDO EN ESPAÑA.

1. Un primer periodo de 1980 a 1999.
2. Un segundo periodo de 2000 a 2007.
3. Un tercer periodo, iniciado en el año 2007 y todavía no concluido.

II. LOS LOGROS ALCANZADOS CON LA DESCENTRALIZACIÓN SANITARIA.

1. **Perspectiva de la política sanitaria y social.**
 - A. Ha acercado el poder de decisión a los ciudadanos.
 - B. Ha conformado una sanidad integral e integrada, planificada y gestionada desde un Servicio Público de financiación pública, con vocación universalista
 - C. Ha posibilitado un completo y avanzado ordenamiento jurídico de la Sanidad.
 - D. Ha posibilitado que los territorios y pueblos que integran el Estado autonómico dispongan de una planificación sanitaria propia y adaptada a sus realidades y necesidades.

- 2. Perspectiva de los principios de igualdad y de equidad.**
 - A. Ha reducido las desigualdades en el acceso: caminando hacia la universalización de la sanidad.**
 - B. Ha reducido las desigualdades en la atención sanitaria de ámbito intracomunitario: caminando hacia la equidad en salud.**
 - C. ha reducido las desigualdades en salud de ámbito intercomunitario.**
- 3. Perspectiva de la organización y gestión de los Servicios de Salud autonómicos y de los centros y servicios sanitarios: experimentando fórmulas de gestión más eficientes.**
- 4. A modo de recapitulación conclusiva.**

I. BREVE RECORDATORIO DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN SANITARIA SEGUIDO EN ESPAÑA.

La descentralización sanitaria ha sido una consecuencia directa del Estado Autonómico diseñado por la Constitución de 1978, esto es, de la instauración de un Estado descentralizado políticamente, que permitió el surgimiento de Comunidades Autónomas (CCAA) y la asunción por estas de competencias en materia de sanidad, cosa que, obviamente, hicieron todas.

No obstante, a pesar de la inmediata asunción estatutaria de competencias en sanidad, que conllevó el pronto traspaso a todas las CCAA de las funciones de Sanidad e Higiene y de los centros asistenciales no integrados en el INSALUD, la asunción de competencias en asistencia sanitaria y los consiguientes trasposos por el Estado de las funciones, centros y servicios de asistencia sanitaria del INSALUD, ha sido paulatina y desigual en contenidos, por lo que puede afirmarse que el proceso de descentralización sanitaria ha sido complejo y largo en el tiempo. En la efectiva asunción por las CCAA de competencias en

materia de sanidad, con las consiguientes transferencias de centros y servicios por el Estado, cabe identificar tres periodos¹:

1. UN PRIMER PERIODO DE 1980 A 1999.

Todas las CCAA, en sus correspondientes Estatutos de Autonomía, respecto de la materia que estatutariamente denominan “Sanidad Interior e Higiene” asumen el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado, y solo las siete CCAA históricas y asimiladas (art. 151 CE), situándose inmediatamente en el techo máximo permitido por la Constitución, asumen en materia de Seguridad Social el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado, salvo las normas que configuran el régimen económico de la misma. Importa resaltar que en ninguno de los Estatutos de Autonomía de estas siete CCAA se hace referencia expresa a la “asistencia sanitaria”, que, simplemente, se considera un subsistema del sistema sanidad. En la década de los ochenta se les transfiere la asistencia sanitaria del INSALUD.

Se establece un modelo de financiación finalista, en el que el INSALUD, que subsiste en las diez CCAA de régimen común, actúa como estándar de funcionamiento.

2. UN SEGUNDO PERIODO DE 2000 A 2007.

Previa modificación de los Estatutos de Autonomía de las diez CCAA de régimen común (artículo 143 CE), operada en los años 1996 a 1999 para posibilitar la asunción de la ejecución de la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, se les transfiere la misma, desapareciendo el INSALUD. Sin embargo, el hilo conductor de la reforma de los Estatutos de Autonomía de estas CCAA fue que la asistencia sanitaria cuya gestión asumían colgase del título competencial Seguridad Social, no atribuyéndoles estatutariamente competencia de desarrollo legislativo de la legislación básica de Seguridad

¹ Un análisis más profundo sobre este proceso descentralizador puede verse en mi trabajo “¿Sistema Nacional de Salud o Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social?, Revista Derecho y Salud, Volumen 15, 2007, extraordinario foro SESPAS-AJS, pp. 27 a 39.

Social. La asunción competencial se concreta para todas las CCAA del artículo 143 CE en la forma siguiente: *Corresponde en los términos que establezcan las Leyes y las normas reglamentarias que en desarrollo de su legislación dicte el Estado, la función ejecutiva en las siguientes materias: gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, de acuerdo con lo previsto en el número 17 del apartado uno del artículo 149 CE.*

La diferencia con los Estatutos de Autonomía de las CCAA históricas y asimiladas es, pues, bien notable. A tenor de estos últimos, que no contienen referencia expresa a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, la asistencia sanitaria pública es un subsistema del sistema sanidad. Por tanto, el desarrollo legislativo de la materia y la gestión se hará al amparo del título competencial “sanidad”. Y así ha sido, como se desprende claramente del desarrollo legislativo autonómico habido en materia de prestaciones de asistencia sanitaria. Por contra, para las CCAA de régimen común, la transferida asistencia sanitaria del INSALUD es parte integrante del Sistema de Seguridad Social, y para que no quepa duda alguna se alude al artículo 149.1.17 de la CE. Además, sólo asumen la ejecución de su gestión. Ni tan siquiera funciones de desarrollo reglamentario. En definitiva, comparando ambos grupos de Estatutos, comprobamos que en el caso de las CCAA históricas y asimiladas estamos ante una verdadera descentralización política (desarrollo legislativo y gestión) en los que la asistencia sanitaria se incardina en la materia y título competencial “sanidad”, y en el de las CCAA del artículo 143 CE ante una mera descentralización administrativa (mera gestión), en los que la asistencia sanitaria gestionada y prestada por el antiguo INSALUD se incardina en el título competencial “Seguridad Social”².

² Esta asunción empobrecida de la asistencia sanitaria, en general, fue aceptada pacíficamente por las CCAA. Pocas presentaron enmiendas a los proyectos de Ley Orgánica de modificación de los Estatutos pretendiendo la asunción del desarrollo legislativo y ejecución de la asistencia sanitaria pública, a semejanza de las CCAA históricas y asimiladas. Entre ellas Aragón (véanse Boletín Oficial de las Cortes Generales, Congreso de los Diputados, VI legislatura, Serie A: 11 de abril de 1996, núm. 1-1, y Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados. Comisiones, Año 1996, VI legislatura, núm. 90) y Murcia (Boletín Oficial de las Cortes Generales, Congreso de los Diputados, VI legislatura, Serie B: 16 de septiembre de 1997, núm. 115-1, y Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados. Comisiones, Año 1998, VI legislatura, núm. 413).

Se aprueba un nuevo modelo de financiación autonómica a través de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las CCAA, que introduce por primera vez el principio de corresponsabilidad fiscal y acaba en gran medida con la financiación sanitaria finalista. Otorga a las CCAA mayor libertad de gasto, mientras mantiene controlados los ingresos, cediendo una pequeña capacidad de regulación fiscal. Se culmina así el cambio de la fuente de financiación de contribuciones sociales a impuestos, lo que genera insuficiencias de cohesión, que más tarde se intentan salvar con la promulgación en el año 2003 de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS.

3. UN TERCER PERIODO, INICIADO EN EL AÑO 2007 Y TODAVÍA NO CONCLUSO.

A partir del año 2007 se inicia el proceso de reforma de los Estatutos de Autonomía profundizándose en la descentralización política e iniciándose la senda hacia un federalismo.

Las pocas CCAA del artículo 143 CE, que han reformado sus Estatutos, superan la limitada asunción de competencias en el ámbito de la asistencia sanitaria operada en los finales de los años 90 y se equiparan a las históricas al asumir competencias de desarrollo legislativo de la legislación básica del Estado, además de en Sanidad, en materia de Seguridad Social. Así:

- Aragón, en virtud de la Ley Orgánica 5/2007, de 20 de abril, de reforma de su Estatuto de Autonomía, asume competencias exclusivas en materia de Sanidad y Salud Pública (artículo 71.55), y en materia de Seguridad Social el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica (artículo 75.1). Sin embargo, el artículo 77.8 determina que corresponde a la Comunidad Autónoma la ejecución de la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social³.

³ Como he dicho antes, esta competencia ya figuraba en el artículo 39.1 del anterior estatuto de autonomía, si bien ahora se suprime la mención expresa al artículo 149.1.17 CE. Me cabe la duda de si de esta supresión se deriva, o se pretende, que Aragón pueda legislar sobre esta asistencia sanitaria en base a su competencia exclusiva en la materia sanidad, es decir, si a partir de 2007 la asistencia sanitaria de la Seguridad Social se organiza y se presta por la

- Castilla y León, en virtud de la Ley Orgánica 14/2007, de 30 de noviembre, de reforma del Estatuto de Autonomía, en el marco de la legislación básica del Estado asume la competencia de desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación del Estado en materia de Seguridad Social (artículo 71.3). En materia de sanidad, el artículo 74 establece que son de competencia exclusiva de la Comunidad de Castilla y León, sin perjuicio de las facultades reservadas al Estado, las funciones en materia de sanidad y salud pública, la promoción de la salud en todos los ámbitos, la planificación de los recursos sanitarios públicos, la coordinación de la sanidad privada con el sistema sanitario público y la formación sanitaria especializada, y que en el marco de las bases y coordinación estatal de la Sanidad, corresponde a la Comunidad de Castilla y León la organización, funcionamiento, administración y gestión de todas las instituciones sanitarias públicas dentro de su territorio.

- Las Islas Baleares, en virtud de la Ley Orgánica 1/2007, de 28 de febrero, de reforma de su Estatuto de Autonomía, en el marco de la legislación básica del Estado, asume las competencias de desarrollo legislativo y ejecución en materia de Salud y Sanidad (artículo 31.4) y en materia de Seguridad Social, exceptuando las normas que configuran su régimen económico (artículo 31.12).

Las reformas de los Estatutos de Castilla-La Mancha y Extremadura, que actualmente están en tramitación en las Cortes Generales, se plantean en similares términos. Es de esperar que el resto de las CCAA sigan la misma senda.

De otro lado, se ha replanteado el sistema de financiación de las CCAA y, por ende, de la sanidad, con tendencia a incrementar la capacidad normativa sobre los tributos cedidos y a una mayor corresponsabilidad fiscal. Así, se promulga la Ley 22/2009, de 18 diciembre, que regula el sistema de financiación de las CCAA de régimen común, diseñando un nuevo sistema de financiación cuyos ejes básicos son el refuerzo de las prestaciones del Estado del Bienestar, el incremento de la equidad y la suficiencia en la financiación del conjunto de las

Comunidad Autónoma en el marco de la materia sanidad respecto de la que ostenta competencia de desarrollo legislativo.

competencias autonómicas, y el aumento de la autonomía y la corresponsabilidad mediante el incremento de los porcentajes de cesión de los tributos parcialmente cedidos a las CCAA y mediante el aumento de las competencias normativas de éstas de cara a que tengan una mayor capacidad para decidir la composición y el volumen de ingresos de que disponen. Esta Ley deroga la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, para todas las CCAA que acepten el nuevo sistema en Comisión Mixta y también deroga el artículo primero del Real Decreto-ley 12/2005, de 16 de septiembre, por el que se aprueban determinadas medidas urgentes en materia de financiación sanitaria.

II. LOS LOGROS ALCANZADOS CON LA DESCENTRALIZACIÓN SANITARIA.

No cabe duda de que la descentralización sanitaria operada en nuestro país tiene luces y sombras⁴, pero, afortunadamente, en mi criterio, muchas más luces que sombras. Me corresponde aquí y ahora exponer los logros de la descentralización sanitaria. En consecuencia, seguidamente intentaré identificar y describir las ventajas empíricamente constatables de tal descentralización.

Me propongo analizar los efectos y resultados positivos del proceso descentralizador desde tres perspectivas distintas: a) la de la política sanitaria y social; b) la de los principios de igualdad y equidad; c) y la de la organización y gestión de los Servicios de Salud autonómicos y de los centros y servicios sanitarios.

⁴ Entre las sombras, destacaría la falta de un sistema bien construido y asentado de información sanitaria de ámbito nacional.

1. PERSPECTIVA DE LA POLÍTICA SANITARIA Y SOCIAL.

Los logros alcanzados por la descentralización podemos concretarlos en los siguientes:

A. Ha acercado el poder de decisión a los ciudadanos.

Como es bien sabido, toda descentralización política tiene como fin último acercar el poder de decisión, tanto en lo legislativo como en lo ejecutivo, a los ciudadanos, de manera que estos puedan tener una posición más activa en los procesos de decisión. La descentralización política de carácter territorial operada a través de la creación de CCAA a las que se dotó de poder legislativo y ejecutivo, logró plenamente este objetivo. Este acercamiento del poder decisorio político a los ciudadanos se produce en todas las materias respecto de las que el ente territorial asume competencias. Por tanto, se ha producido en la materia Sanidad.

Pero, además de la participación propiamente política derivada de la conformación del Estado autonómico, las CCAA también han impulsado notablemente la participación administrativa, esto es, la participación ciudadana en la planificación, organización y gestión de los servicios sanitarios. Al respecto, todas las CCAA han aprobado normas instaurando cauces (órganos colegiados, etc.) para la participación ciudadana en la gestión de los Servicios de Salud autonómicos, directamente y a través de asociaciones, entidades etc.⁵, si bien también es obligado advertir que esta participación no es todo lo activa y decisiva que sería deseable, fundamentalmente por la debilidad del ciudadano para hacer valer su representatividad a nivel individual y por la resistencia de los gestores de los Servicios de Salud y centros sanitarios a admitir y asumir esta participación⁶.

⁵ Son muchos los órganos en el nivel central y en los niveles autonómicos creados para la participación ciudadana. Intentar enumerarlos y describirlos excedería con mucho el ámbito de esta ponencia.

⁶ No me estoy refiriendo a la participación del paciente, a través del consentimiento informado, en la adopción de decisiones clínicas sobre su enfermedad, sino a la participación ciudadana en la planificación y gestión de los servicios sanitarios

La participación se ha instrumentado tanto en el nivel de la función normativa como en el de la programación de servicios. En la función normativa dando audiencia a los Sindicatos, Colegios y Asociaciones de usuarios afectados, en las disposiciones generales que se dicten en desarrollo y ejecución de las leyes. En la programación de los servicios de salud se estructura mediante órganos participativos en los niveles de Región Sanitaria, de Área de Salud, de Zona Básica de Salud, y de centros hospitalarios. La participación ciudadana en estos ámbitos se encauza, por lo general, a través de las siguientes entidades: Asociaciones de Consumidores, Centrales Sindicales, Organizaciones Empresariales y Corporaciones Locales.

En todo caso, este proceso participativo permite que el ciudadano deje de ser un mero sujeto pasivo, para pasar a ser un sujeto activo (más o menos, según los casos) en la planificación, organización y gestión de los Servicios de Salud autonómicos.

B. Ha conformado una sanidad integral e integrada, planificada y gestionada desde un Servicio Público de financiación pública, con vocación universalista.

Como alternativa al sistema sanitario heredado del régimen político anterior, un sistema desintegrado, incompleto y plagado de desigualdades en el acceso y en los contenidos asistenciales, en suma, un sistema muy poco equitativo, se propuso que el nuevo modelo a construir desde la descentralización sanitaria fuera un sistema sanitario de financiación pública, universal, integral e integrado, y así se dispuso en la Ley General de Sanidad.

En lo sustantivo, la concepción integral exigía diseñar e implantar un sistema global de salud, orientado a la protección de la salud pública, a la promoción de la salud individual y colectiva, y a la prevención y curación de las enfermedades individuales, tengan o no trascendencia social o pública, de suerte que tal concepción integral de la salud suponía, de un lado, las tradicionales actuaciones de sanidad preventiva y de salud pública centradas en la atención al medio en cuanto a su posible repercusión sobre la salud humana, así como

la vigilancia e intervención epidemiológica frente a brotes epidémicos o situaciones de riesgo de enfermedades transmisibles, y, de otro lado, una completa asistencia sanitaria individualizada, incluida la asistencia psiquiátrica, geriátrica, sociosanitaria, etc., a través de programas preventivos, promotores, protectores, curativos, rehabilitadores, de higiene, y de educación en salud⁷.

En lo organizativo, implicaba la integración de todos los centros y servicios sanitarios en el ámbito de cada Comunidad Autónoma⁸ mediante la incorporación a los nuevos Servicios de Salud autonómicos de todos los centros y servicios sanitarios existentes en cada territorio dependientes de distintas entidades públicas, principalmente de Diputaciones y Ayuntamientos, de la antigua AISNA, así como de los centros y servicios sanitarios del INSALUD. Además, un sistema integrado de salud demandaba un entramado

⁷ Un ejemplo de concepción integral de la salud descrita normativamente, puede encontrarse en la Ley 14/2010, de 27 de mayo, de Cataluña, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia, en la que se les reconoce el derecho a la prevención, la protección y la promoción de la salud en los siguientes términos (artículo 44):

1. *Los niños y los adolescentes tienen derecho a la promoción, la prevención y la protección de la salud y a la atención sanitaria.*

2. *Cualquier niño o adolescente tiene derecho a:*

a) *Beneficiarse de las acciones de promoción de la salud, recibir información y educación para la salud en todos los ámbitos de su vida y beneficiarse de las acciones de salud comunitaria, con el fin de desarrollar al máximo sus potencialidades físicas y psíquicas y la capacidad para gestionar su propia salud.*

b) *Recibir actuaciones preventivas, con el objetivo de prevenir las enfermedades y sus complicaciones y disminuir la exposición a factores de riesgo para la salud; disponer de vacunaciones, cribados neonatales y protocolos de seguimiento de la infancia, únicamente con los límites que la ética, la tecnología y los recursos asistenciales imponen al sistema sanitario.*

c) *Recibir los efectos beneficiosos de la protección de la salud, que se expresa en el derecho a desenvolverse en entornos saludables, tanto en el ámbito público como en el privado.*

d) *Recibir información sobre su salud y sobre la atención sanitaria que recibe, y a poder participar en su proceso asistencial de manera adecuada a su edad y grado de madurez.*

e) *Recibir atención sanitaria adecuada a su nivel evolutivo, atendiendo tanto a los aspectos orgánicos como a los aspectos emocionales, y, de acuerdo con lo dispuesto por la legislación vigente, beneficiarse de las prestaciones del sistema sanitario público.*

f) *Recibir información sobre sus necesidades sanitarias especiales. En particular, sobre la fisiología de la reproducción, la salud sexual y reproductiva, el riesgo para la salud que conlleva el embarazo a edades muy primeras, la prevención de las infecciones de transmisión sexual y de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), así como la promoción de una sexualidad responsable, con la garantía de la confidencialidad de la información recibida.*

3. *Las administraciones públicas deben tomar todas las medidas necesarias para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños y los adolescentes.*

⁸ Por ejemplo, cabe citar el Decreto 378/2000, de 21 de noviembre, de Cataluña, que regula el sistema sanitario integral e integrado de utilización pública (SISCAT), constituido por las siguientes redes: Red de centros, servicios y establecimientos de salud mental de utilización pública, Red de centros, servicios y establecimientos sociosanitarios de utilización pública, Red hospitalaria de utilización pública, y los centros de atención primaria.

organizativo con una gestión unitaria y articulada de todos los centros y servicios sanitarios en el marco de las Áreas de Salud.

En este modelo de sanidad integral e integrada, las funciones de autoridad (reglamentación, planificación, autorización, etc.) se residencian en los Gobierno y Consejerías, y las funciones de prestaciones sanitarias, así como de organización y gestión de los centros y servicios sanitarios, en los Servicios de Salud autonómicos, para lo que, al cobijo del título competencial “sanidad” y, por ende, de la materia “sanidad”, no de la materia “seguridad social”, las CCAA crearon Servicios Públicos⁹ de financiación pública y vocación universalista, por tanto, totalmente desvinculados de las estructuras organizativas de la Seguridad Social.

Pues bien, todo este proceso, no exento de dificultades, una vez transferida a las CCAA del artículo 143 CE la asistencia sanitaria del INSALUD, está prácticamente culminado¹⁰.

Así pues, la descentralización ha sido cauce idóneo para implementar este nuevo modelo. Se ha conseguido en cada CCAA la integración de todas las funciones sanitarias, medios y recursos públicos en una única organización personificada conforme al Derecho público (organismo autónomo de carácter administrativo o empresa pública), construyéndose sistemas de salud integrales e integrados, en los que la asistencia sanitaria se conforma como un derecho ciudadano. La legislación autonómica los empieza a denominar “sistema sanitario autonómico”¹¹.

⁹ En Derecho Administrativo, la noción estricta de Servicio Público se caracteriza por ser una actuación técnica dirigida al público en general, prestada de forma regular y continua, encaminada a la satisfacción de una necesidad pública, y cuya titularidad está atribuida a una entidad pública (STS de 2 de marzo de 1979).

¹⁰ Para completarlo solo falta la integración de dos importantes grupos de centros y servicios sanitarios: a) los dependientes de Instituciones Penitenciarias; b) los dependientes de las Mutualidades, Entidades colaboradoras y Mutuas con responsabilidades de cobertura de asistencia sanitaria pública (accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, funcionarios, etc.).

¹¹ Los diecisiete sistemas sanitarios autonómicos han de estar lo suficientemente cohesionados para poder hablarse de un Sistema Nacional de Salud. El papel del Consejo Interterritorial es clave.

No obstante, disponer de una sanidad integral e integrada no es algo que pueda considerarse definitivamente logrado, sino una tarea permanente y siempre inacabada, ello en razón de la propia evolución de la sanidad, esto es, de las nuevas metas, objetivos y programas de política sanitaria y social que la sociedad reclama. Por ejemplo, la entrada en vigor de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, ha reavivado la necesidad de construir el espacio sociosanitario, y, en efecto, ante el reto de la “atención sociosanitaria”, es decir, de la “atención integral” a las personas en situación de dependencia, las CCAA están experimentando diversos modelos de coordinación e integración funcional de lo social y lo sanitario¹².

C. Ha posibilitado un completo y avanzado ordenamiento jurídico de la Sanidad.

El hecho de que, además del Estado, existan diecisiete entes territoriales con potestad legislativa, ha posibilitado múltiples y acertadas iniciativas legislativas y reglamentarias por parte de las CCAA regulando aspectos sustantivos y organizativos de la Sanidad. Las CCAA han promulgado avanzadas e innovadoras leyes y reglamentos, tanto de contenidos globales como sectoriales, regulando cuestiones organizativas de los servicios sanitarios (régimen de las oficinas de farmacia, formas de gestión de los servicios sanitarios, etc.), aspectos sustantivos de la sanidad (salud pública, sanidad mortuoria, higiene alimentaria, drogodependencias, etc.), derechos y deberes de los ciudadanos en el ámbito de la sanidad, prestaciones sanitarias complementarias y garantías de calidad (acceso de las personas al sistema de salud, movilidad, tiempos de espera, estándares de calidad de servicios, etc.). Estos textos normativos han inspirado posterior legislación estatal básica, y también han impulsado que otras CCAA promulguen normas con similares contenidos, complementando y perfeccionando así sus propios ordenamientos jurídicos. En cualquier caso, la labor legislativa realizada por las CCAA ha sido

¹² Al respecto, puede consultarse mi trabajo “La atención a la dependencia: régimen legal. Interacciones entre lo legal y lo sanitario.”, Revista Derecho y Salud, Volumen 16, número extraordinario, 2008, pp. 3 a 28.

extensa y fructífera, dotándose de verdaderos ordenamientos jurídicos sanitarios con elementos diferenciales entre ellas, y posibilitando la consolidación de un Derecho Sanitario como rama específica del Derecho Público¹³.

Como muestra de lo afirmado, y toda vez que el reducido tiempo de esta ponencia no permite una exhaustiva exposición de toda la legislación destacable, me limito a hacerla respecto a la normación de los derechos de las personas ante y en los sistemas de salud:

- Ley 21/2000, de 29 de diciembre, de Cataluña, sobre los derechos de información concernientes a la salud y a la autonomía del paciente y la documentación clínica; Ley 3/2001, de 28 de mayo, de Galicia, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes, y la Ley Foral 11/2002, de 6 de mayo, de Navarra, sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica. Estas Leyes impulsaron la aprobación por el Estado de la importantísima Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y sirvieron de modelo para la elaboración por el resto de CCAA de leyes similares¹⁴.

- Ley 8/2003, de 8 de abril, de Castilla y León, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud, y Ley 3/2009, de 11 de mayo, de Murcia,

¹³ Sobre la realidad actual del Derecho Sanitario puede consultarse el trabajo de ANTEQUERA VINAGRE, J. M., "Fundamentos de Derecho Sanitario", en la obra colectiva *Derecho Sanitario y Sociedad*, Ediciones Díaz de Santos, 2006, pp. 1 a 42.

¹⁴ Ley 7/2002, de 12 de diciembre, del País Vasco, de voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad; Ley 1/2003, de 28 de enero, de Valencia, sobre derechos e información al paciente; Ley 5/2003, de 4 de abril, de Baleares, de Salud (artículo 12.6); Ley 8/2003, de 8 de abril, de Castilla y León, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud; Ley 5/2003, de 9 de octubre, de Andalucía, de declaración de voluntad vital anticipada; Ley 3/2005, de 8 de julio, de Extremadura, de información sanitaria y autonomía del paciente; Ley 3/2005, de 23 de mayo, de Madrid, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas; Ley 9/2005, de 30 de septiembre, de La Rioja, reguladora del documento de instrucciones previas en el ámbito de la sanidad; Ley 6/2005, de 7 de julio, de Castilla-La Mancha, sobre la declaración de Voluntades Anticipadas; Ley 1/2006, de 3 de marzo, de Baleares, de Voluntades Anticipadas.

de derechos y deberes de los usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia, y otras actualmente en proceso de tramitación parlamentaria¹⁵.

- Decreto 246/2005, de 8 de noviembre, de Andalucía, que regula el derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo.

- Decreto 68/2006, de 4 de abril, de Extremadura, por el que se regula el derecho a la obtención gratuita de productos farmacéuticos de uso pediátrico para las familias numerosas, personas discapacitadas extremeñas y enfermos pediátricos crónicos.

- Ley 6/2008, de 2 de junio, de Valencia, que fija las condiciones de acceso al sistema sanitario de todas las personas que se encuentren en el territorio de la Comunidad Valenciana.

- Ley 8/2008, de 20 de junio, de Valencia, de derechos de salud de niños y adolescentes.

- Ley 14/2008, de 18 de diciembre, de Castilla y León, por la que se crea y regula una red de apoyo a la mujer embarazada, y Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de Valencia, de protección de la maternidad, leyes que se promulgan como reacción a la futura Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

- Decreto 29/2009, de 5 de febrero, de Galicia, por el que se regula el uso y acceso a la historia clínica, en el que, además de una muy completa regulación de esta temática, por primera vez aporta a nuestro ordenamiento jurídico una definición de las anotaciones subjetivas.

- Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de la Comunidad de Madrid, de libertad de elección en la sanidad, que más adelante comento críticamente.

¹⁵ Proyectos de Leyes de derechos y deberes en materia de salud están actualmente en tramitación en el Parlamento de Navarra y en el Parlamento de Castilla-La Mancha.

- Ley 2/2010, de 8 de abril, de Andalucía, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte, que, por avanzada y comprometida, constituye un importante hito en nuestro ordenamiento jurídico-sanitario al abordar la regulación de una temática extremadamente delicada. Sin duda, servirá de acicate para extender esta regulación a todo el territorio del Estado. Así, por ejemplo, el Parlamento de Galicia, a la vista de esta Ley, en sesión plenaria de 28 de abril de 2010, ha aprobado una proposición no de ley por la que se insta a la Xunta a reclamar al Gobierno central una regulación básica sobre la muerte digna. A su vez, las Cortes de Aragón, en sesión plenaria de 3 de junio de 2010, ha tomado en consideración una proposición de Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de su muerte, y ha iniciado su trámite parlamentario.

En definitiva, disponemos de un ordenamiento jurídico sanitario complejo por cuanto está compuesto de dieciocho ordenamientos jurídicos, aunque coherente, a pesar de las diferencias existentes entre los ordenamientos autonómicos, por estar todos ellos informados por los mismos principios, valores y objetivos. Y es que la legislación sanitaria de cada Comunidad Autónoma no es un conjunto normativo aislado y autosuficiente, sino que se inserta plenamente en el ordenamiento jurídico estatal y se relaciona intensamente con el resto de la legislación autonómica, pudiéndose calificar todo el conjunto normativo como un ordenamiento jurídico sanitario armónico y cohesionado. Es, además, un ordenamiento jurídico bastante completo, tanto en la normación de lo organizativo como en la de lo sustantivo, rico en contenidos, y de planteamientos avanzados, que, en gran medida, es debido a las iniciativas legislativas y reglamentarias adoptadas por las CCAA, no por el Estado, que, me atrevería a decir, más bien ha sido un lastre. Conforman lo que hoy ya se considera toda una rama del Derecho Público: el Derecho Sanitario español.

D. Ha posibilitado que los territorios y pueblos que integran el Estado autonómico dispongan de una planificación sanitaria propia y adaptada a sus realidades y necesidades.

La Ley General de Sanidad ya configuró los planes de salud como elementos claves en el sistema sanitario, posición que en el año 2003 reiteró la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, potenciando singularmente, además, los planes integrales de salud sobre las patologías más prevalentes, relevantes o que supongan una especial carga sociofamiliar. Y, como no podía ser de otra forma, se encomienda esta planificación a las CCAA.

Cumpliendo esos mandatos, todas las CCAA han elaborado y aprobado sus correspondientes planes de salud generales, como expresión de la política intersectorial de salud a desarrollar en la Comunidad Autónoma, que normalmente incluyen los siguientes aspectos: análisis de la situación de la salud en la Comunidad Autónoma (condicionantes de la salud, estado de la salud, análisis de los servicios y prestaciones sanitarias existentes); prioridades de intervención, formulación de objetivos, estrategias y programas a desarrollar (objetivos e intervenciones sobre los servicios sanitarios, objetivos e intervenciones sobre problemas de salud relevantes con acciones intersectoriales); metodología y evaluación del plan; cronograma y entidades responsables; estimación de los recursos necesarios para el cumplimiento de las acciones contempladas en el plan. Estos planes, además, han de ser revisados periódicamente. También han elaborado planes sectoriales en función de las patologías prevalentes en la Comunidad Autónoma.

Pues bien, no cabe duda de que la descentralización sanitaria ha posibilitado que las CCAA hayan elaborado y desarrollado planes y programas de salud, generales y sectoriales, cimentados en sus propias realidades (geográficas, poblacionales, socioeconómicas, de niveles de salud, etc.), que identifican problemas de salud, áreas geográficas y grupos de población necesitados de mayores dotaciones y atención, que prevén respuestas a los concretos problemas y necesidades sanitarias detectadas, y que proporcionan coherencia a las dispersas actuaciones sanitarias y a los distintos programas sanitarios, favoreciendo así la conformación de un sistema de salud autonómico

equitativo, algo que, desde una planificación centralizada, es prácticamente impensable.

2. PERSPECTIVA DE LOS PRINCIPIOS DE IGUALDAD Y DE EQUIDAD.

Las desigualdades existentes entre la población española pueden analizarse desde diferentes enfoques. Por ejemplo, existen históricas desigualdades socioeconómicas, que llevan aparejadas desigualdades en salud¹⁶ e, incluso, una menor o peor utilización de los servicios de salud públicos al alcance de todos. Así, es empíricamente constatable el mayor acceso a los servicios bucodentales de las personas con un buen nivel socioeconómico y, por ende, con una mayor educación sanitaria, o el mayor acceso y la mejor utilización de los servicios de detección precoz del cáncer de mama por las mujeres con un buen nivel educativo. Empero, incidir en las desigualdades en salud para eliminarlas excede con mucho las posibilidades de las concretas políticas sanitarias, pues depende mucho más de otros factores, como los valores sociales y culturales imperantes en la sociedad de que se trate, de las políticas macroeconómicas, educativas, laborales, de bienestar social, etc., que se instrumenten.

Otro enfoque más específico es el de la igualdad de los ciudadanos ante y en el sistema sanitario, o, expresado en términos más amplios, el de la equidad en salud¹⁷. Este problema ha acompañado en nuestro país a la descentralización sanitaria desde su comienzo, puesto que el deseado objetivo de alcanzar la igualdad y la equidad en la atención sanitaria exigía y exige eliminar la diferencias existentes y evitables, a la par que facilitar los cuidados que cada persona precisa en cada momento para la protección y, en su caso, restauración de su salud, lo que debían procurar las CCAA a través de la

¹⁶ Las desigualdades en salud hacen referencia a las diferencias existentes en el estado de salud entre personas o grupos de personas medidas en términos como la esperanza de vida, la mortalidad o la morbilidad, que se relacionan con variables sociales, económicas, geográficas, ambientales, etc.

¹⁷ Equidad en salud exige, de un lado, la ausencia de diferencias injustas y evitables entre personas o grupos de personas, actuando para ello sobre determinantes de salud, y, de otro, que los Servicios de Salud presten los cuidados necesarios y posibles que cada persona precisa en cada momento para la protección y, en su caso, restauración de su salud.

estructura sanitaria que creasen al efecto; objetivo perseguido por todas las CCAA, pero no fácil de alcanzar.

Por tanto, me centro aquí exclusivamente en el marco de las políticas de salud autonómicas y en la construcción de sus sistemas y servicios de salud cimentados en los principios de igualdad efectiva y de equidad, en cuanto se mostraban como instrumentos aptos para, si no eliminar totalmente, sí disminuir las desigualdades aludidas alcanzando una mayor equidad en el sistema de salud.

A. Ha reducido las desigualdades en el acceso: caminando hacia la universalización de la sanidad.

Conviene recordar que existe en nuestro país un debate, hoy todavía muy vivo, sobre si la asistencia sanitaria pública debe ser una prestación más del Sistema de Seguridad Social o si, por el contrario, es una prestación del Sistema de Salud, entendido como un sistema totalmente desgajado y diferenciado del Sistema de Seguridad Social.

El legislador estatal se ha posicionado a favor de que sea una prestación más del Sistema de Seguridad Social, de manera que su acción protectora comprenda la asistencia sanitaria en casos de maternidad, de enfermedad común o profesional y de accidentes, sean o no de trabajo. Así, el artículo 38.1.a del Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, el artículo 38 de la Ley 24/1997, de 15 de julio, de consolidación y racionalización del Sistema de Seguridad Social, la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, que modifica el artículo 86.2 del Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social, para dejar bien sentado que la asistencia sanitaria tiene naturaleza no contributiva, pero que queda incluida en la acción protectora del Sistema de Seguridad Social, y el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud, en el que su disposición final primera establece que se dicta al amparo del artículo 149.1, 16º y 17º CE. Es más, en razón de estas coordenadas, el

artículo 57 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, y el artículo 1.2.a) del Real Decreto 2583/1996, de 13 de diciembre, establecen que corresponde al Instituto Nacional de la Seguridad Social reconocer el derecho a la asistencia sanitaria que prestan las Comunidades Autónomas.

Subyace aquí una cuestión de poder político. También subyace el problema de la universalización de la asistencia sanitaria. De aceptar que corresponde a la Seguridad Social reconocer el derecho a la asistencia sanitaria, la universalidad de la misma no es posible pues su legislación sigue vinculando el derecho a la asistencia sanitaria al alta en la Seguridad Social o a la concurrencia de alguno de los supuestos expresamente contemplados en su normativa para acceder o mantener el derecho a la asistencia sanitaria¹⁸, no al mero empadronamiento o residencia en un municipio del Estado. Por tanto, de aceptarse su posición, siempre quedarían ciudadanos españoles y extranjeros sin derecho a la asistencia sanitaria por no encajar en alguno de los supuestos previstos en la normativa de la Seguridad Social¹⁹.

¹⁸ Conforme a la normativa de la Seguridad Social, no tienen derecho a la asistencia sanitaria los siguientes colectivos de personas: los parados no perceptores de subsidios asistenciales de desempleo que perciben rentas o recursos anuales superiores al salario mínimo interprofesional; las personas que no han trabajado nunca pero disponen de recursos ligeramente superiores a dicho salario mínimo; las personas con recursos superiores a los niveles medios de la población, cuyas actividades se han limitado a la gestión y administración de su patrimonio; las personas con profesiones liberales no integradas en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos; los españoles residentes en países ajenos al espacio económico europeo y sin convenio internacional bilateral cuando se trasladan a España (en caso de trasladar su residencia a España deberían acreditar una falta de recursos para acceder la gratuidad); y los extranjeros que no tengan garantizada la cobertura por su país de origen según los convenios internacionales de Seguridad Social o bilaterales, siendo su situación en caso de residencia en España la misma que la de los españoles.

¹⁹ A finales de septiembre de 2009, Izquierda Unida presentó en la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados una proposición no de ley solicitando la extensión de la cobertura sanitaria gratuita a todos los ciudadanos españoles con independencia de su vinculación a la Seguridad Social. La propuesta fue aprobada y, en consecuencia, la Cámara Baja instó entonces al Ministerio de Sanidad y Política Social a elaborar un estudio para cuantificar la población sin derecho a la asistencia sanitaria pública y su impacto económico. Según datos del Ministerio de Sanidad y Política Social, la universalización alcanza al 99,5 % de la población. Calcula que no tienen reconocido el derecho de acceso entre 150.000 y 200.000 personas. No obstante, con el notable incremento de parados, desempleados y autónomos, derivado de la crisis económica, este número posiblemente se ha elevado notablemente. El coste según los datos facilitados por el Ministerio oscilaría entre 60 y 130 millones de euros.

Los intentos del legislador estatal por mantener anudada la asistencia sanitaria a la Seguridad Social, en mi opinión, no son acertados en razón a los siguientes postulados:

- En términos constitucionales, la asistencia sanitaria no es algo innato a la Seguridad Social en el sentido de tener que pertenecer necesariamente a la misma. Por el contrario, fue intención del constituyente desvincularla de la Seguridad Social para conformarla como una prestación asistencial pública, universal y gratuita. La asistencia sanitaria es constitucionalmente un subsistema del sistema Sanidad, por lo que el título competencial de desarrollo legislativo de la legislación básica en materia de sanidad interior habilita a todas las CCAA sin excepción a legislar sobre asistencia sanitaria, hasta el punto de que necesariamente ha de conceptuarse como “sanidad”, no como “asistencia sanitaria de la Seguridad Social”. El Tribunal Constitucional, en su Sentencia 98/2004, de 25 de mayo, tuvo ocasión de analizar esta cuestión, y terminó afirmando que la asistencia sanitaria se encuadra en el ámbito material correspondiente a la “sanidad” (art. 149.1.16 CE).

- El carácter no contributivo y universalista de la asistencia sanitaria y su entera financiación vía presupuestos generales la convierten en el típico Servicio Público asistencial, lo que choca frontalmente con la pretendida conexión a la Seguridad Social, que no es un Servicio Público, y con su régimen económico, pues tanto la naturaleza como los respectivos sistemas de financiación son antagónicos.

- En un Servicio Público de Salud universalizado desaparece, por carecer de sentido, el concepto “aseguramiento”, concepto ligado siempre a la afiliación expresa a un sistema asegurador o a la concurrencia de determinados requisitos fijados por la normativa de Seguridad Social. Ahora se tiene derecho por la simple condición de ciudadano residente en la Comunidad Autónoma.

- En la Seguridad Social el derecho a la asistencia sanitaria sólo surge cuando aparece la contingencia protegida (la enfermedad o la lesión física) y la acción es sólo reparadora, concepción incompatible con la de un sistema

sanitario integral (preventivo, curativo, rehabilitador). El Servicio Público de la sanidad no debe reaccionar sólo cuando aparece una contingencia protegida, esto es, una situación de lesión o enfermedad para repararla, sino que debe velar y actuar para que el ciudadano sano siga siéndolo, promoviendo y protegiendo su salud.

- Como consecuencia inevitable de esta evolución, el ordenamiento jurisdiccional termina residenciando las cuestiones de responsabilidad patrimonial sanitaria y las del personal estatutario en la jurisdicción contencioso-administrativa, no en la jurisdicción social, que es la correspondiente a la Seguridad Social.

De ahí que el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria corresponde hacerlo a los Servicios de Salud autonómicos, no al Instituto Nacional de la Seguridad Social. Esta afirmación, además de corolario obligado de los postulados antedichos, también tiene apoyo en legislación estatal, concretamente, en el artículo 1 de la Ley General de Sanidad²⁰, en el artículo 57 de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud²¹, de la correspondiente legislación autonómica, y en el artículo 2 del Real Decreto 183/2004, de 30 de enero, regulador de la tarjeta sanitaria individual.

Estos postulados han sido el norte en la construcción de los Servicios de Salud autonómicos y, por ende, del Sistema Nacional de Salud. No obstante, se ha dicho que el Sistema Nacional de Salud no sustituyó a la Seguridad Social como nueva forma de organizar la restauración de la salud, sino que se superpuso. Cierta es tal afirmación vista la cuestión desde la óptica de la regulación legal estatal, puesto que la asistencia sanitaria de la Seguridad Social se prestaría por entidades ajenas a la Seguridad Social, pero, a tenor de los preceptos legales citados supra, seguiría siendo una prestación de la

²⁰ Declara que son titulares del derecho a la atención sanitaria todos los españoles y extranjeros que tengan establecida su residencia en territorio nacional.

²¹ Dispone que el acceso de los ciudadanos a las prestaciones sanitarias que proporciona el SNS se facilitará a través de la tarjeta sanitaria individual, y, conforme al artículo 2 del Real Decreto 183/2004, de 30 de enero, la competencia para emitir la tarjeta sanitaria individual corresponde a las Administraciones sanitarias autonómicas y al INGS, en sus respectivos ámbitos territoriales.

Seguridad Social. Empero, yo daría un paso más afirmando que de facto hay sustitución, no superposición. Ello porque los gobiernos autonómicos de las CCAA históricas y asimiladas, que han marcado y seguirán marcando la pauta, ordenan y gestionan la asistencia sanitaria por maternidad, accidente no laboral y enfermedad común, como una materia totalmente desvinculada de la Seguridad Social, esto es, en el ámbito material y competencial de la “sanidad”. Dejan a la ordenación y gestión por la Seguridad Social la asistencia sanitaria por accidentes laborales y enfermedades profesionales. Además, ahora, en virtud de las reformas de los Estatutos de Autonomía de las CCAA del artículo 143 CE operadas a partir del año 2006, que en las materias Sanidad y Seguridad Social se asimilan a las históricas, este planteamiento es también totalmente predicable de las mismas en la medida en que vayan reformando sus Estatutos.

Pues bien, al logro de la deseada universalización de la sanidad, preciso es destacar los esfuerzos que están haciendo las CCAA para, al margen de la Seguridad Social y de la postura de sus gestores²², extender el derecho a la asistencia sanitaria de financiación pública a todas las personas residentes o que se encuentren en la Comunidad Autónoma. En suma, para hacer realidad el principio de universalidad, que, como es bien conocido, a pesar de las reiteradas peticiones del Defensor del Pueblo y de otras entidades, incluso de las propias CCAA, el Estado se resiste a promulgar la legislación oportuna para ello²³. Así, sin ánimo exhaustivo, cabe reseñar las siguientes actuaciones normativas:

Navarra, mediante la Ley Foral 2/2000, de 25 de mayo, dispone que “la asistencia sanitaria pública dentro del territorio de la Comunidad Foral se extenderá a todos los ciudadanos y ciudadanas residentes²⁴ en cualquiera de

²² Reivindicada en el año 2009 a través de la agria disputa mantenida con el Gobierno de la Comunidad de Madrid con ocasión de la aprobación de la Orden 430/2009, de 4 de junio, a la que luego me refiero.

²³ Sobre esta resistencia, puede verse el reciente trabajo de PEMAN GAVÍN, J., “El derecho constitucional a la protección de la salud. Una aproximación de conjunto a la vista la experiencia de tres décadas de vigencia.”, Revista Aragonesa de Administración Pública, núm. 34, pp.33 y 34.

²⁴ La Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, de 11 de noviembre de 2009, recurso de casación núm. 8294/2003, se ha referido al concepto de

los municipios de Navarra con independencia de su situación legal o administrativa”²⁵.

Valencia, mediante la Ley 6/2008, de 2 de junio, establece las condiciones para el acceso universal al sistema sanitario de todas las personas que se encuentren en el territorio de la Comunidad Autónoma, para lo que define cuatro grupos de “aseguramiento”: a) Protección estatal; b) Protección autonómica; c) Desplazados de otra Comunidad Autónoma o País; d) Privados²⁶.

Madrid, mediante Orden 430/2009, de 4 de junio, garantiza el derecho a la asistencia sanitaria pública y gratuita a los parados que hayan causado baja por cese en la actividad laboral por cuenta ajena y que hayan sobrepasado el límite máximo de cobertura, y a los autónomos y pequeños y medianos empresarios que hayan causado baja en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos como consecuencia de la actual crisis económica.

La Rioja, mediante Orden 3/2009, de 13 de julio, garantiza el derecho a la asistencia sanitaria pública y gratuita a las personas que causen baja en los regímenes de la Seguridad Social por cese en la actividad laboral.

residencia en los siguientes términos: “*conviene dejar claro el concepto de "Residencia" y su alcance. De un lado, se exige un elemento espiritual, la "intención" de residir en un lugar determinado. De otra parte, es necesario que se de un elemento material, la residencia efectiva.*”

²⁵ El impacto de esta Ley Foral en cuanto a la universalización de la asistencia sanitaria es notable por rompedor del esquema estatal. Su alcance es muy amplio pues reconoce el derecho a la asistencia sanitaria a los españoles con independencia de concurren los requisitos o circunstancias que, a tenor de la legislación de la Seguridad Social, determinan el derecho a la asistencia sanitaria. Incluye también a los extranjeros en unos términos más amplios que los fijados en la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, de Extranjería, que la reconoce a los extranjeros que estén empadronados y en las mismas condiciones que a los españoles, lo que implica la concurrencia de algún título concreto: afiliado a la Seguridad Social, minusválido, etc. Además, la expresión *con independencia de su situación legal o administrativa* implica que se reconoce el derecho a los inmigrantes ilegales, bastando, tanto para inmigrantes como para españoles, la residencia efectiva en los términos fijados por el TS, es decir, que no es exigible su empadronamiento en un municipio de Navarra.

²⁶ Son importantes esta Ley y las Órdenes y Resolución que cito a continuación de ella, por cuanto directamente reivindican que el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria corresponde hacerlo al Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma, no al Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Murcia, mediante Resolución de 23 de julio de 2009, del Director Gerente del Servicio Murciano de la Salud²⁷, garantiza el derecho a la asistencia sanitaria pública y gratuita a las personas que, por desempleo o cese de la actividad laboral, causen baja en la Seguridad Social.

Galicia, mediante Decreto 429/2009, de 3 de diciembre, que modifica el Decreto 177/1995, de 16 de junio, reconoce el derecho a la asistencia sanitaria a los gallegos y a las gallegas de origen o ascendencia a la que hace referencia el artículo 4 de la Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud, que, residiendo en el extranjero, realicen estancias temporales en la Comunidad Autónoma y no tengan derecho a la asistencia sanitaria de acuerdo con las disposiciones vigentes en materia de Seguridad Social, las del Estado de procedencia y/o los convenios internacionales establecidos al efecto.

Cataluña, actualmente está tramitando en el Parlamento el proyecto de Ley de acceso a la asistencia sanitaria de cobertura pública a cargo del Servicio Catalán de la Salud, conocida como Ley de Universalización, que tiene como objetivo dar cobertura sanitaria universal y gratuita a los 60.000 religiosos y profesionales liberales, abogados, periodistas, arquitectos, médicos y contables no asalariados que se calcula que viven en Cataluña

Los nuevos Estatutos de Autonomía (Cataluña, Aragón, etc.) han elevado a rango estatutario el carácter universal de la sanidad.

En suma, paso a paso, las CCAA, superando la pasividad del Estado, están haciendo realidad en sus respectivos territorios la universalización de la asistencia sanitaria pública y la igualdad efectiva de las personas ante ella, rechazando implícitamente la normativa estatal de Seguridad Social aún vigente, que mantiene la exigencia de la concurrencia de determinados requisitos subjetivos para tener derecho a la asistencia sanitaria.

²⁷ Boletín Oficial de la Región de Murcia, de 1 de agosto de 2009

B. Ha reducido las desigualdades en la atención sanitaria de ámbito intracomunitario: caminando hacia la equidad en salud.

En mi criterio, las desigualdades injustas e inadmisibles son las que se dan entre personas, familias y grupos sociales residentes en una Comunidad Autónoma. Y es lo cierto que las desigualdades entre personas, familias y grupos sociales en el interior de las CCAA, estaban muy presentes en el sistema político anterior. Se partía de un estado de salud de la población modesto en el que las desigualdades en salud y en el acceso a la asistencia sanitaria eran llamativas. Se accedía a la asistencia sanitaria a través diferentes redes sanitarias con muy dispares recursos y dotaciones, con distintos niveles de calidad, y en virtud de diferentes títulos (indigentes, persona con pocos recursos económicos, afiliados a la Seguridad Social, mutualistas, pacientes privado, etc.), y las prestaciones sanitarias que garantizaban estas redes eran, comparativamente, muy desiguales en cantidad y en calidad.

Pues bien, diversos estudios²⁸ han constatado que la descentralización sanitaria ha conseguido disminuir notablemente las desigualdades de atención sanitaria entre las personas y grupos residentes en cada una de las CCAA, pudiéndose afirmar que prácticamente han desaparecido.

De un lado, como respuesta a las desigualdades derivadas de motivos subjetivos, la legislación autonómica ya se ocupó de declarar expresamente que el acceso y las prestaciones sanitarias se realizarían en condiciones de igualdad efectiva. Y al logro de que estos pronunciamientos legales no se quedaran en meras declaraciones sino fueran auténticas realidades, ha contribuido decididamente la conformación de los sistemas autonómicos de salud integrales e integrados, en los que, por su vocación universalista, las condiciones de acceso a las prestaciones sanitarias garantizadas como derechos subjetivos, tanto en calidad como cantidad, son iguales para todos los

²⁸ Véase al respecto, entre otros, *Informe SESPAS 2008*, publicado en Gaceta Sanitaria 2008; 22 (supl. 1) p. 121; *Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España*, documento de trabajo 90/2006, Fundación Alternativas, 2006, p 46; *Primer Informe sobre desigualdades de salud en Andalucía*, Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública, 2008.

ciudadanos residentes en la Comunidad Autónoma, cualquiera que sea su condición personal o social.

De otro lado, en respuesta a las tradicionales desigualdades en salud de origen geográfico²⁹, preciso es destacar el enorme esfuerzo hecho por los Gobiernos autonómicos para, en función de los planes de salud elaborados, dotar de los recursos humanos y materiales adecuados a las áreas geográficas infradotadas, fundamentalmente en el nivel de la Atención Primaria. Las reformas estructurales realizadas (instauración de la medicina de familia y de equipos de salud interdisciplinares asentados en modernos centros de salud, servicios de urgencia operativos, puntos de atención continuada, etc.), así como los avances tecnológicos, han eliminado gran parte de los déficit que históricamente han caracterizado la sanidad rural y la de barrios marginales, asentando una Atención Primaria de mayor equidad³⁰.

Y considero importante destacar que todos estos procesos, dirigidos a alcanzar un sistema de salud más equitativo, han sido posibles por haber sido planificados y gestionados desde instancias autonómicas, siendo en cada Comunidad Autónoma diferentes al adaptarse a sus propias realidades y necesidades, algo que, obviamente, es muy difícil de lograr desde una planificación hecha a nivel nacional y gestionada desde instancias centrales.

Como confirmación de lo dicho, creo oportuno transcribir una de las conclusiones del Primer Informe sobre Desigualdades de Salud en Andalucía, de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública, publicado en el año 2008³¹, donde se dice que “*Las desigualdades en salud que hemos encontrado*

²⁹ El área geográfica ha sido un determinante de la salud; particularmente han destacado negativamente el medio rural y los barrios periféricos y marginales de ciudades

³⁰ Véanse BORREL F. y GENÉ J., “La Atención Primaria española en los albores del Siglo XXI”, Revista Gestión Clínica y Sanitaria, 2008, 10 (1), pp. 3 a 7, donde se afirma que, tras 25 años de reformas, se ha alcanzado una Atención Primaria universal y equitativa; y *La Atención Primaria de Salud en España y sus Comunidades Autónomas*, proyecto de investigación promovido por la Universidad Pompeu Fabra y editado por semfyc-ediciones, 2009, y en particular, su capítulo 10 “Desigualdades sociales en la atención primaria de salud”, pp. 189 a 212.

³¹ Cit., p. 24.

serían sin duda mucho mayores si no nos hubiéramos dotado de un sistema público de salud, universal, y con un funcionamiento tendente a la equidad.”

C. Ha reducido las desigualdades en salud de ámbito intercomunitario.

De entrada, conviene recordar, como ya advertí en otro trabajo³², que la diversidad es inherente y consustancial a un Estado descentralizado políticamente, y que las desigualdades surgidas de esas diferencias son constitucionalmente legítimas. A este respecto, creo oportuno traer nuevamente a colación la doctrina del Tribunal Constitucional sobre la autonomía política y la igualdad de posiciones de los ciudadanos en todo el territorio nacional. En su Sentencia 37/1987, de 26 de marzo, dijo:

“El principio constitucional de igualdad no impone que todas las Comunidades Autónomas ostenten las mismas competencias, ni, menos aún, que tengan que ejercerlas de una manera o con un contenido y unos resultados idénticos o semejantes. La autonomía significa precisamente la capacidad de cada nacionalidad o región para decidir cuándo y cómo ejercer sus propias competencias, en el marco de la Constitución y del Estatuto. Y si, como es lógico, de dicho ejercicio derivan desigualdades en la posición jurídica de los ciudadanos residentes en cada una de las distintas Comunidades Autónomas, no por ello resultan necesariamente infringidos los artículos 1, 9.2, 14, 139.1 y 149.1.1.^a de la Constitución, ya que estos preceptos no exigen un tratamiento jurídico uniforme de los derechos y deberes de los ciudadanos en todo tipo de materias y en todo el territorio del Estado, lo que sería frontalmente incompatible con la autonomía, sino, a lo sumo, y por lo que al ejercicio de los derechos y al cumplimiento de los deberes constitucionales se refiere, una igualdad de las posiciones jurídicas fundamentales.”

³² “Prestaciones sanitarias y autonomías territoriales: cuestiones en torno a la igualdad”, Revista Derecho y Salud, Volumen, 10, núm. 1, enero-junio de 2002, pp. 15 a 28.

A su vez, La STC 14/1998, de 22 de enero, expresa lo mismo con las siguientes palabras:

“En definitiva, la igualdad de derechos y obligaciones en su aspecto interterritorial no puede ser entendida en términos tales que resulte incompatible con el principio de descentralización política del Estado (art. 2 de la CE), pues ello impediría el ejercicio por las CCAA de las competencias que tienen atribuidas, ejercicio que, entre otras cosas, supone la libertad para configurar, dentro del marco constitucional y estatutario, una política propia e relación con dichas materias.”

Esta doctrina cabe complementarla con la desarrollada en la STC 98/2004, de 25 de mayo, en la que afirma que la uniformidad estatal, que asegura un nivel mínimo homogéneo (nivel de suficiencia) de las prestaciones sanitarias, puede ser susceptible de mejora por parte de las CCAA, en virtud de su competencia sustantiva y de la autonomía financiera.

En suma, la posibilidad de las CCAA de ser diferentes es la sustancia de la descentralización política, y la legítima diversidad que pueda darse en cada momento será resultado del desarrollo de las competencias autonómicas.

Sentado lo anterior, entro en el análisis de las desigualdades intercomunitarias y en los efectos que sobre ellas ha tenido la descentralización sanitaria.

Está empíricamente demostrado que las desigualdades en salud entre CCAA se deben más a las desigualdades socioeconómicas existentes (diferentes niveles de renta, de educación, de industrialización, etc.), que a cuestiones puramente geográficas u organizativas. Se han detectado³³ desigualdades en el estado de salud percibido (la percepción que las personas tienen de su estado de salud), relacionadas con el nivel socioeconómico de las CCAA³⁴, ya

³³ GARCÍA ALTÉS, A. y otras, “Desigualdades en salud y en la utilización y el desempeño de los servicios sanitarios en las Comunidades Autónomas”, Cuadernos de Economía de ICE, núm. 75, 2008, pp. 115 a 128.

³⁴ Canarias, Andalucía y Extremadura, dan los peores indicadores, y Navarra, Cantabria y La Rioja, los mejores indicadores.

que los recursos sociales, económicos y sanitarios de que dispone cada Comunidad Autónoma y la pobreza del área de residencia, influyen en el estado de salud de la población. Algunas de esas desigualdades o desequilibrios territoriales fueron permitidas, e incluso generadas, por la Seguridad Social y el INSALUD durante el régimen político anterior³⁵.

Pues bien, una de las ventajas de la descentralización es que permite un margen de variaciones territoriales en los objetivos y prioridades de los sistemas autonómicos de salud en función de sus propias realidades, variaciones que generan una mayor equidad en el conjunto del sistema, y conviene insistir en que equidad no equivale a igualdad o uniformidad. Y, justamente, como corolario de esas variaciones, se ha dicho que en España la descentralización ha tenido efectos positivos para la equidad interterritorial³⁶ en la medida en que algunas CCAA han practicado políticas intervencionistas efectivas y bien dotadas para disminuir la morbi-mortalidad de sus residentes más necesitados³⁷.

No obstante, la evidencia empírica disponible permite afirmar que no se ha avanzado notablemente en eliminar las desigualdades intercomunitarias, hasta el punto que podamos afirmar que estamos ante un logro de la descentralización.

Coadyuvando a lo dicho, preciso es advertir que las fórmulas de financiación territorial utilizadas no han conseguido la reducción de las desigualdades intercomunitarias³⁸. En lo que hace a la financiación estatal, la financiación sanitaria de carácter finalista, se ha sustituido por la incondicionada, algo que

³⁵ Y que hoy, al parecer, sigue generando en la asistencia sanitaria que retiene, esto es, en las enfermedades profesionales. Véase al respecto, GARCÍA GÓMEZ, M. Y CASTAÑEDA LÓPEZ, R., "Desigualdades interterritoriales en la compensación de las enfermedades profesionales en España de 1990 a 2007", Gaceta Sanitaria, Volumen, 23, núm. 5, 2009, pp. 373 a 379.

³⁶ *Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España*, documento de trabajo 90/2006, Fundación Alternativas, 2006, p 46.

³⁷ MARTÍN MARTÍN, J. J., "Autonomía y desigualdades en salud", Revista de Gestión Clínica y Sanitaria, Volumen, 9, núm. 4, 2007, p. 130.

³⁸ *Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España*, documento de trabajo 90/2006, Fundación Alternativas, 2006, p 54.

en los países federales o descentralizados es más la excepción que la norma³⁹. El Fondo de Cohesión Sanitaria, que tiene por finalidad garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español, así como desarrollar políticas que aseguren la cohesión sanitaria y la corrección de desigualdades, no cumple estos objetivos, pues apenas sirve para financiar los pacientes desplazados. En suma, las formulas de financiación territorial hasta ahora utilizadas no reducen las desigualdades que nos ocupan⁴⁰. Por otra parte, también persisten diferencias notables en los presupuestos sanitarios per cápita de las CCAA. En el año 2010, la media de las CCAA es de 1.343, 954 euros, con el máximo en el País Vasco (1.623, 08 euros) y Navarra (1.543,12 euros) y el mínimo en Baleares (1.066,37 euros) y Madrid (1.108,14 euros)⁴¹. Sin embargo, también es un hecho que desde las transferencias de la asistencia sanitaria a todas las CCAA, incluidas las del artículo 143 CE, las diferencias de gasto sanitario per cápita entre CCAA se ha reducido.

Entonces, en la medida en que el proceso de descentralización sanitaria no ha eliminado esas desigualdades injustas, la diversidad, que admite desigualdades compatibles con la equidad del sistema, queda empañada por las desigualdades históricas en cuanto, al menos hasta ahora, no se han sabido o no se han querido o podido superar.

A esta realidad hay que añadir algunas desigualdades derivadas directamente del sistema sanitario descentralizado y de la capacidad de innovación y decisión de las CCAA. Algunas las podemos calificar de injustas y otras no. Veámoslas.

El nivel de universalización, esto es, de acceso a la asistencia sanitaria, no es igual en todas las CCAA como hemos visto antes. Tampoco lo es el nivel de prestaciones en razón de las nuevas prestaciones complementarias en calidad

³⁹ Canadá, país federal, ante las malas experiencias de la financiación incondicionada, ha vuelto a la finalista.

⁴⁰ Véase CANTERO PRIETO, D. "Desigualdades territoriales y equidad en el sistema sanitario español", Cuadernos de Economía de ICE, núm. 75, 2008, p.154.

⁴¹ Datos de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Informe sobre los presupuestos sanitarios de las CCAA para 2010.

o en cantidad que sucesivamente introducen las CCAA, y que paulatinamente van siendo copiadas por algunas, no todas, las CCAA, si bien, las diferencias existentes son más de calidad (tiempos de espera, implantación de técnicas de alta tecnología, mayor desarrollo de cuidados paliativos, enfermedades raras, mayores dotaciones de recursos materiales o humanos, etc.), que de cantidad (medicamentos, cirugía de reasignación de sexo, atención bucodental, diagnóstico genético, atención podológica, etc.); recordemos que la Cartera de Servicios es de máximos más que de mínimos. Estas desigualdades no creo deban calificarse de injustas, sino producto de la diversidad autonómica.

No obstante, también cabe apreciar diferencias en el régimen de prestaciones sanitarias que, quizás, no deban ser admitidas, sin más, como mero producto de la necesaria diversidad autonómica, pudiéndose calificar de injustas por afectar a importantes grupos de población y por ser evitables mediante el desarrollo de los programas adecuados y la dotación de las infraestructuras necesarias. Son principalmente las diferencias constatadas en la atención a la salud mental⁴² y en la atención sociosanitaria a los dependientes (mayoritariamente ancianos)⁴³, donde existían y siguen existiendo desigualdades territoriales notables en los programas de atención y en los medios económicos, materiales y humanos destinados.

Por último, cabe identificar algunas concretas decisiones o actuaciones de Gobiernos Autonómicos que, en mi criterio, generan desigualdades inadmisibles en términos jurídicos y sociales.

Es el caso del Gobierno de Navarra, que impide que en el territorio de la Comunidad Foral se practiquen interrupciones voluntarias de embarazos. Desde que en 1985 se legalizaron los tres supuestos de aborto, no permitió que se practicasen en los servicios sanitarios públicos de Navarra, y, ahora, a raíz de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva

⁴² Destacada en el Informe de 2008 del Defensor del Pueblo.

⁴³ Según el V dictamen del Observatorio de la Dependencia, correspondiente a junio de 2010, las CCAA de Canarias, Madrid, Valencia y Murcia, en comparación con las CCAA mejor situadas, tienen un muy notable retraso en la aplicación de la normativa de atención a la dependencia.

y de la interrupción voluntaria del embarazo, se niega abierta y rotundamente a permitir la realización de abortos en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea⁴⁴, desobedeciendo el mandato de la disposición final quinta de la Ley Orgánica. En mi criterio, analizada la decisión del Gobierno de Navarra desde la óptica jurídico-constitucional y de la ética civil, cabe tacharla de iniquidad.

Es también el caso de la libertad de elección de médico y centro de la Comunidad de Madrid, instaurada por la Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de libertad de elección en la sanidad de la Comunidad de Madrid. Al crear un Área de Salud única rompe el ámbito territorial en el que se permite la elección de médico y centro en el resto de CCAA, derecho de elección sujeto, como es bien conocido, a restricciones geográficas y de límites de población por profesional, a fin de preservar la calidad de la atención sanitaria. Este nuevo modelo, de un lado, genera una desigualdad de trato notable respecto de los pacientes del resto de CCAA en el ejercicio de su derecho de elección de médico y centro. De otro lado, cabe tildar esta decisión de contraria a la equidad pues supone una quiebra radical del sistema sanitario público pues lo desestructura. Establecerá una competencia empresarial entre centros y profesionales haciendo que el dinero siga al paciente, sobrecargará de trabajo a determinados médicos y centros generando serios desequilibrios entre profesionales y centros, incrementará las listas de espera en la sanidad pública, que según las estadísticas es la preferida por lo madrileños, primará la enfermedad rentable sobre la no rentable en el rechazo de pacientes por médicos, dificultará la planificación, organización, gestión y funcionamiento del servicio público, etc. Todo ello se compadece muy mal con el principio de equidad que ha de presidir la organización de un servicio sanitario.

⁴⁴ Véase Diario Médico, de 14 de mayo de 2010.

3. PERSPECTIVA DE LA ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD AUTONÓMICOS Y DE LOS CENTROS Y SERVICIOS SANITARIOS: EXPERIMENTANDO FÓRMULAS DE GESTIÓN MÁS EFICIENTES.

La complejidad de organización y gestión de los servicios públicos sanitarios resulta más que evidente. Pues bien, como respuesta a este difícil reto, la descentralización sanitaria no solamente ha permitido sino que ha impulsado el desarrollo de nuevas fórmulas jurídicas de constitución de los Servicios de Salud autonómicos, a la par que ha posibilitado experimentar nuevos modelos de organización y gestión de centros y servicios sanitarios, todo ello con el objetivo último de alcanzar una gestión del servicio público de la sanidad más eficaz y eficiente. Los ricos experimentos que se han realizado y se vienen realizando en estas dos últimas décadas, todos con sus ventajas e inconvenientes, son, sin duda alguna, uno de los grandes logros de la descentralización sanitaria.

Algunos Servicios de Salud autonómicos, como alternativa al tradicional organismo autónomo de carácter administrativo, han optado por la fórmula de entidad de derecho público o empresa pública, caracterizada por ser una organización con personalidad y organización jurídico-pública, pero que actúa en la gestión de sus recursos conforme al ordenamiento jurídico-privado. Se le atribuye como ventajas que la gestión de sus recursos financieros y el régimen contable lo es conforme al derecho mercantil y que la vinculación del personal es laboral y no estatutaria o funcionarial. Han adoptado esta fórmula Madrid, País Vasco, Islas Baleares, Asturias y Cataluña.

También se han constituido algunos hospitales⁴⁵ como empresas públicas⁴⁶. Otros hospitales⁴⁷ se han constituido como Fundación Pública Sanitaria, con la

⁴⁵ Por ejemplo, hospitales de alta resolución de Cádiz, Sevilla y Huelva.

⁴⁶ Sin embargo, respecto de los de Andalucía, como acertadamente señala el Informe de 29 de septiembre de 2005 de Consejo Económico y Social de Andalucía, junto a la ventaja de una mayor eficiencia en la gestión, por sus peculiares características y al convivir con el resto de la red pública, pero conformando una organización territorial diferente de las Áreas de Salud, provocan una fragmentación de la red sanitaria pública y rompen la integralidad del proceso asistencial, esto es, rompen la continuidad asistencial en el marco de la continuidad de los procesos.

idea de posibilitar la transición desde la clásica gestión directa del centro sin personalidad jurídica a su personificación, si bien su régimen jurídico de funcionamiento es muy parecido al de las empresas públicas. Sin embargo, en la última legislatura las fundaciones públicas de Galicia han vuelto al modelo convencional.

Junto a las descritas fórmulas de gestión pública, también se han experimentado otras más radicales, que podemos denominar privatizadoras, por cuanto la Administración sanitaria contrata un proveedor privado y le transfiere la responsabilidad asistencial de un sector de población, mediante las figuras jurídicas de la concesión administrativa y de obra pública. Para la construcción y gestión de hospitales, la Comunidad Autónoma de Valencia ha optado por la fórmula de la concesión administrativa, fórmula en la que la entidad privada adjudicataria asume la gestión y el riesgo (asume la prestación sanitaria de atención primaria y especializada, con la única diferencia de la concesión clásica que no cobra tasas a los usuarios sino que la Consejería de Salud paga una cantidad preestablecida por cada usuario). Por su parte, la Comunidad Autónoma de Madrid está construyendo hospitales bajo la fórmula de concesión de obra pública, figura similar a la concesión administrativa, pero con al diferencia de la que la Administración sanitaria realiza directamente la prestación sanitaria. De momento no hay evidencias empíricas que acrediten la bondad de estos modelos privatizadores, más bien de lo contrario. En cualquier caso, en este modelo es sumamente difícil hacer prevalecer el interés general sobre el interés del empresario proveedor⁴⁸.

De todos modos, dejando de lado las críticas que se puedan hacer a determinados modelos, lo cierto es que el hecho de poder experimentarlos es en sí mismo un logro de la descentralización. Quizás es el más destacable de todos los reseñados.

⁴⁷ Alcorcón, Manacor, Verín, Barbanza de la Ribera, Villarrica de Arosa, etc.

⁴⁸ Sobre esta temática, véase REPULLO, J. R., “Los servicios públicos de salud a debate. ¿externalización o nueva gestión pública?”, Revista Ábaco, 2ª época, volumen 4, núm. 62, 2009, pp. 61 a 70.

En efecto, haciendo un valoración global de estas experiencias, cabe apuntar que han posibilitado una mayor capacidad de gestión de los gobiernos autonómicos, una mayor autonomía de gestión de los centros y servicios sanitarios, una más eficiente información a nivel autonómico y local, un mayor control de la calidad y una mejor evaluación de los resultados, un mejor conocimiento de los costes, así como una mejor adaptación de los recursos sanitarios a las necesidades poblacionales.

4. A MODO DE RECAPITULACIÓN CONCLUSIVA.

En el reciente estudio “*España. Análisis del sistema sanitario. 2010*” promovido por el Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud⁴⁹, en el capítulo de conclusiones se apunta como conclusión general que, a lo largo de los años, el Sistema Nacional de Salud ha hecho gala de una notable capacidad para generar buenos resultados sostenibles, y que la consecución de esos buenos resultados trae causa de factores políticos introducidos, tales como la equidad y la asunción de competencias por los gobiernos autonómicos, factores y valores que cimentaron el diseño del Sistema Nacional de Salud. Se indica también que “*en un contexto internacional propenso a la descentralización, España se ha convertido en un interesante estudio de caso en el ámbito de las políticas de descentralización y la organización del sistema, debido a lo ingenioso y lo complejo de su fórmula*”.

En definitiva, puede calificarse la descentralización sanitaria de muy positiva, pues su implantación y pleno asentamiento ha logrado una destacable mejora del nivel de salud de la población española. La descentralización sanitaria ha permitido planificar mejor las actuaciones en función de las necesidades de salud detectadas, ha disminuido las desigualdades existentes, posibilitando la construcción de sistemas autonómicos más equitativos, ha permitido experimentar fórmulas y nuevos métodos de organización y gestión buscando

⁴⁹ García Armesto, S., Abadía Taira, B., Durán, A. y Barnal Delgado, E. *España. Análisis del sistema sanitario. Sistemas sanitarios en transición. 2010*; 12(4): 1-240. Impreso y encuadernado en el Reino Unido.

la eficiencia, ha permitido aprender de la rica diversidad generada, y ha posibilitado emular las mejores prácticas y experiencias contrastadas.

Creo, pues, que nuestro sistema sanitario descentralizado ha sido bueno en resultados, si bien, ante la crisis económica actual y el riesgo que conlleva para la pervivencia o disminución del Estado de Bienestar, debe cuidarse racionalizando al máximo su estructura, el uso de sus recursos y su coste.