

El método abierto de coordinación y su impacto en el Sistema Nacional de Salud¹

The open method of coordination to public health systems. analysis of its impact in Spain

MACARENA HERNÁNDEZ BEJARANO

Universidad de Sevilla, España

Resumen:

La crisis sanitaria generada por el Covid-19 ha puesto de manifiesto las fortalezas y debilidades de los sistemas sanitarios de los países de la UE. También las bondades y limitaciones en la actividad comunitaria para desarrollar en este ámbito acciones conjuntas multinivel. De la experiencia obtenida y de sus resultados se propone llevar a cabo una reflexión sobre el aprendizaje colectivo basado en la coordinación y cooperación intergubernamental en el ámbito sanitario. Ante un escenario común marcado por los desafíos demográficos y las necesidades de atención y de cuidados se considera de interés observar los dispositivos de buen gobierno “soft law governance” y sus efectos aplicativos en el sistema sanitario español. De sus resultados se podrá valorar en un horizonte temporal próximo el nivel de convergencia y posibles déficits a superar a los fines de conseguir los objetivos comunes que se enmarcan dentro de los ODS y del Pilar Europeo de Derechos Sociales.

Palabras clave: asistencia sanitaria, sistemas sanitarios, coordinación sanitaria, método abierto de coordinación, protección de la salud.

Abstract:

The health crisis generated by Covid-19 has revealed the strengths and weaknesses of the health systems of the EU countries. Also the benefits and limitations in community activity to develop joint multi-level actions in this area. Based on the experience obtained and its results, it is proposed to carry out a reflection on collective learning based on intergovernmental coordination and cooperation in the health field. Faced with a common scenario marked by demographic challenges and care needs, it is considered of

¹ El presente trabajo se ha realizado dentro del marco del Proyecto de Investigación “La huida del mercado de trabajo y la legislación social en España” (TRABEXIT), PID2022-141201OB-I00”, Convocatoria 2022 «Proyectos de Generación de Conocimiento», en el marco del Plan Estatal de Investigación Científica, Técnica y de Innovación 2021-2023 y del Proyecto de Investigación PID2021-123493OB-I00 “El acceso a la justicia de los colectivos vulnerables”.

interest to observe the “soft law governance” devices and their application effects in the Spanish health system. From its results, it will be possible to assess in a near time horizon the level of convergence and possible deficits to be overcome in order to achieve the common objectives that are framed within the SDGs and the European Pillar of Social Rights.

Keywords: health care, health systems, health co-ordination, open method of co-ordination, health protection.

1. Introducción

En el Derecho Comunitario un tema objeto de amplio debate doctrinal en las últimas décadas ha sido el recurso del Método Abierto de Coordinación (MAC), técnica utilizada en otros ámbitos regionales o internacionales de coordinación económica, como la OCDE o el FMI (Hatzopoulos, 2007: 309-342) a la que se acude dentro de la Unión Europea (UE) (López Basaguren, 2022: 22)² para la creación de políticas y objetivos comunes y también para hacer frente a los retos de futuro. En particular, en aquellas áreas o ámbitos en los que las competencias de la UE se encuentran limitadas por las competencias de los Estados miembros.

El estudio del método abierto de coordinación, como modelo de acción intergubernamental y de su protagonismo frente a las tradicionales técnicas como la integración y la cooperación, precisa de unas notas introductorias que esbozen el ámbito competencial en que se desenvuelve la acción comunitaria y la evolución de la actividad coordinada de los Estados miembros.

En cuanto al primer aspecto, a delimitación de competencias atribuidas por los Estados miembros a la UE, el TFUE (arts. 2), atribuye a la UE competencias exclusivas (art. 3), competencias compartidas con los países que la integran (art. 4), y competencias de apoyo, coordinación y complemento a la acción de los Estados miembros (art. 6). Con vistas a alcanzar los objetivos fijados también se prevé una extensión de la acción de la UE en aquellos ámbitos que, o bien no quedan previstos los poderes de actuación necesarios, o bien que estando previstos éstos resultan insuficientes (art. 352 TFUE) (Mangas Martín *et al*, 2020: 82)³. Unas competencias que habrán de ejercerse bajo el

² La UE es el resultado del proceso de evolución y reforma de los iniciales Tratados de las Comunidades Europeas (Tratado de París- CECA, 1951 y Tratado de Roma (CEE y luego CEEA, 1957) que se creó con el Tratado de Maastrich (1992). Su organización y funcionamiento actual se regula los Tratados de Lisboa de 13-12-2007 vigentes desde el 1-1-2009: el Tratado de la UE (TUE) firmado en Maastrich y consolidado con sus reformas en Lisboa (2007) y el Tratado de Funcionamiento de la UE (TFUE), continuación del firmado en Roma en 1957 y consolidado con sus reformas también en Lisboa (2007) y sus Protocolos Anejos. Los citados textos internacionales integran lo que se conoce como el Derecho primario y originario de la UE junto con las Declaraciones relativas a las disposiciones de los Tratados, las Declaraciones relativas a los Protocolos Anejos y las Declaraciones de Estados miembros. También conforman este compendio los Tratados de Adhesión de los Estados que se han integrado a la UE con posterioridad a los Tratados constitutivos de 1951 y 1957 y la Carta de Derechos Fundamentales de la UE.

³ El supuesto descrito por el art. 352 TFUE podría tener lugar tanto en ámbitos de competencias exclusivas como compartidas. En este último caso la acción de la UE quedaría subordinada al principio de subsidiariedad.

respeto de los principios de subsidiariedad, proporcionalidad y suficiencia de medios (art. 5 TUE y art. 5 del Protocolo nº 2).

A nivel nacional, los Estados miembros tienen atribuidas, además de las competencias que comparten con la UE (art. 4), las competencias de coordinación (art. 5).

Respecto al segundo de los aspectos, es decir, a la acción coordinada de los Estados miembros a nivel de la UE, siguiendo a Robles Carrillo (2005), su evolución puede sintetizarse en tres etapas:

-Primera fase: que se inicia en los Tratados Constitutivos CCEE (Tratado de París -CECA,1951- y Tratado de Roma -TCEE, 1957-) hasta el Tratado de Maastrich (1992). En esta primera etapa el proceso de integración europea se caracteriza por una progresiva atribución de competencias a la Comunidad en cuestiones económicas para la consecución de un mercado común. Durante estos años, la actividad coordinada de las políticas nacionales presente en el TCEE (art. 2) presenta una importancia relativa por su funcionamiento como mecanismo residual o secundario a la acción comunitaria (Robles Carrillo, 2005: 5).

-Segunda fase: que parte del Tratado de Maastrich (1992) hasta el Consejo Europeo de Lisboa (2000). Durante este período se lleva a cabo una progresiva ampliación de la actividad de coordinación en la política económica en detrimento del método comunitario de atribución competencial característico de etapa anterior. En este período la actividad de coordinación sirve de complemento necesario para completar el proceso de unificación monetaria (arts. 98 a 104 TCE y Protocolos anexos al Tratado que recogen las normas de coordinación y las normas de disciplina financiera y presupuestaria) (Robles Carrillo, 2005: 10). Los Procesos de Luxemburgo (1997), Cardiff (1998) y Colonia (1999) extenderán los ámbitos materiales sometidos a la coordinación (cuestiones económicas, presupuestarias, de empleo, diálogo macroeconómico europeo) y diversificarán sus técnicas, reconociéndose un singular mecanismo de coordinación – aún no denominado MAC- como herramienta de acción en materia de empleo en el Tratado de Ámsterdam (1997) (Robles Carrillo, 2005:15)⁴.

-Tercera fase: se inicia a partir del Consejo Europeo de Lisboa (2000). Este período se caracteriza por la consolidación de la coordinación en las políticas nacionales como modalidad de acción comunitaria para contribuir a la consecución del objetivo de convertir a la UE en “la economía, basada en el conocimiento, más competitiva y dinámica del mundo, capaz de crecer económicamente de manera sostenible con más y mejores empleos y con mayor cohesión social”. Para la modernización económica y social, en los Consejos Europeos de Lisboa (2000) y de Gotemburgo (2001) se trazaron los primeros esbozos de una estrategia socioeconómica integrada, donde la protección social comienza a incorporarse como parte importante en las políticas económicas de la UE.

⁴ Refiriéndose a esta etapa la autora afirma que “la coordinación de política nacionales empieza a manifestarse, más que como un complemento como una alternativa al método de integración comunitario”.

La Estrategia de Lisboa, construida sobre los cimientos del modelo de distribución competencial existente, reconoce al MAC como un nuevo método de coordinación con un marco de acción más amplio, extendiendo su aplicación a otros ámbitos materiales en los que la acción coordinada tiene cabida (Robles Carrillo, 2005: 41-43): empleo, inclusión social, sanidad, pensiones, educación, formación, etc. Pese a los problemas detectados en el primer balance de la Estrategia (2005)⁵, la coordinación continuará reconociéndose como motor de acción en la política comunitaria en las siguientes décadas. Muestra de ello son la creación de un MAC Social Único (2005)⁶, que fusiona los ámbitos de las pensiones e inclusión social y la asistencia sanitaria y la asistencia de larga duración, o el fortalecimiento de los instrumentos de coordinación en la Estrategia Europea 2020⁷.

Pero como instrumento de buen gobierno el MAC no consiguió el apoyo unánime⁸. Para algunos, el MAC es una técnica intermedia entre la armonización de estándares y el reconocimiento mutuo para utilizar las mejores prácticas y adaptarlas a las circunstancias locales (Pérez Menayo, 2004: 73). Hay quienes lo consideran como un instrumento de regulación distinto del fundado en reglas legales preceptivas, menos jerárquico, respetuoso frente a la diversidad y al principio de subsidiariedad, que permite una mayor participación y consenso y que puede traducirse en un mayor nivel de efectividad (Rodríguez-Piñero, 2010: 249). Como instrumento blando o de “coordinación suave” otros le achacan su limitada eficacia (Toulemonde, 2010: 76); o dudan de ella y le atribuyen cierta responsabilidad en la idea negativa que muchos europeos tienen de la UE (Hatzopoulos, 2007:4). Incluso se cuestionan sus fines, en el sentido que su uso pueda favorecer políticas del bienestar de corte neoliberal y debilitar derechos sociales (Ravelli, 2015: 8-9).

⁵ Comunicación de la Comisión al Consejo Europeo de Primavera Trabajando juntos por el crecimiento y el empleo –Relanzamiento de la Estrategia de Lisboa- COM (2005) 24 final de 2-2-2005. Disponible en: <https://op.europa.eu/es/publication-detail/-/publication/440c86f4-657d-47f5-9738-9583b863dee2/language-es/format-PDF/source-search> (Accedido: 2-4-2023)

⁶ Comunicación “Trabajar juntos, trabajar mejor: un nuevo marco para la coordinación abierta de las políticas de protección social y de inclusión en la Unión Europea” COM (2005) 706 final de 22-12-2005. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52005DC0706> (Accedido: 2-4-2023).

⁷ Comunicación de la Comisión denominada “Europa 2020: Una estrategia para un crecimiento inteligente, sostenible e integrador” COM (2010) final de 3-3-2010. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=celex%3A52010DC2020> (Accedido: 2-4-2023).

⁸ Recientemente el Grupo de Reflexión sobre el futuro de la UE en 2030 refiere que en el horizonte 2020-2030, “los europeos necesitamos una economía social de mercado altamente competitiva y sostenible, si queremos mantener la cohesión social y luchar contra el cambio climático. Esto exige un programa ambicioso, con prioridades y método eficiente de aplicación, que supere la inoperancia del Método Abierto de Cooperación y comprometa tanto a la Unión como tal, como a sus Estados miembros”. Vid. en Proyecto Europa 2030. Retos y oportunidades: Informe al Consejo Europeo del Grupo de reflexión sobre el futuro de la UE 2030. Disponible en: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/6b5495af-4549-4efb-a53e-85330b4d975d/> (Accedido: 6-9-2023).

La valoración del MAC que realiza la Comisión Europea⁹, pese a los problemas detectados, es positiva. Entiende que es un método innovador de gobernanza¹⁰ que “ofrece un medio de fomentar la cooperación, intercambiar buenas prácticas y acordar objetivos y orientaciones comunes para los Estados miembros, a veces con el apoyo de planes de acción nacionales”. Además, al incorporar sistemas de evaluación en el cumplimiento de los objetivos propuestos, el MAC permite a los Estados miembros establecer una comparativa entre sus respectivos esfuerzos y el aprendizaje basado en la experiencia externa. Como se indica en el Libro Blanco de la Comisión Europea “La Gobernanza Europea” su aplicación, caso por caso, enriquece la acción común, aporta valor añadido y la complementa sirviendo al interés general¹¹. Entiende también que el MAC Social:

ha mostrado su eficacia apoyando el aprendizaje mutuo, promoviendo una mayor implicación de los interesados, impulsando la modernización de los sistemas de protección social, contribuyendo a la concienciación sobre el carácter pluridimensional de la pobreza y de la exclusión social, definiendo un planteamiento único frente a los desafíos comunes y poniendo en evidencia cuestiones comunes emergentes.

Sin embargo, al tratarse de un proceso de coordinación basado en la cooperación voluntaria de muchos y diversos Estados no se pueden esperar grandes resultados en un corto espacio de tiempo, aunque de su experiencia sí se ha podido constatar que su funcionamiento requería de la introducción de mejoras en su diseño y funcionamiento, aspectos que se verán mejorados con la introducción de métodos aplicados con éxito en el marco de la Estrategia de Lisboa (el reforzamiento del compromiso político, el fortalecimiento de la interacción positiva con otras políticas, la consolidación de las herramientas de análisis y la potenciación de la responsabilización de los Estados miembros).

Pese a esta diversidad de opiniones y al escepticismo sobre su la utilización de este mecanismo existe coincidencia en dos aspectos. Uno, que en la práctica del MAC quedan fuera el Parlamento Europeo y el Tribunal de Justicia de la UE. Y dos, que los nuevos

⁹ Comunicación “Un compromiso renovado en favor de la Europa Social: reforzar el método abierto de coordinación en el ámbito de la protección social y la inclusión social” COM(2008) 418 final de 2-7-2008. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52008DC0418> (Accedido: 2-5-2023).

¹⁰ Según la ONU “el concepto de gobernanza hace referencia a todos los procesos de gobierno, instituciones, procedimientos y prácticas mediante los que se deciden y regulan los asuntos que atañen al conjunto de la sociedad. La buena gobernanza añade una dimensión normativa o de evaluación al proceso de gobernar”. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/good-governance/about-good-governance>. (Accedido: 3-5-2023).

Para la UE la “gobernanza europea designa el conjunto de normas, procedimientos y prácticas relativos a la manera en que se ejercen los poderes en la UE. El objetivo consiste en fortalecer la democracia a escala de la UE y acercar a los ciudadanos a las instituciones de la UE” Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/ES/legal-content/summary/white-paper-on-governance.html> (Accedido: 3-5-2023).

¹¹ COM (2001) 428 final de 12-10-2001. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52001DC0428>(Accedido:3-5-2023).

modos de gobernanzas, entre ellos el MAC, son respuestas a nuevas realidades y proporcionan soluciones a nuevos desafíos (Hatzopoulos, 2007: 10 y 26).

Partiendo de la idea de que la realidad de la gobernanza europea es compleja, porque participan diferentes instrumentos y técnicas de gobernanza, duros y blandos que se complementan entre sí (Hatzopoulos, 2007: 3), en este trabajo se persigue estudiar la contribución del MAC al sistema sanitario español y valorar sus efectos. Es decir, si los objetivos de este método de gobernanza europea y referidos al ámbito de la protección de la salud tienen traducción en una mejora efectiva en la política sanitaria española o, por el contrario, de su implementación puede desprenderse un giro neoliberal solapado bajo el ideario de modernizar los sistemas del bienestar y del cuidado de la salud.

2. Concepto y evolución del Método Abierto de Coordinación

El MAC es un instrumento de acción comunitario que se sustenta en la actividad coordinada de las políticas de los Estados miembros. Una forma de hacer políticas comunes de forma coordinada a partir de técnicas “*soft*” para alcanzar una mayor convergencia en torno a los principales objetivos de la UE en ámbitos de competencias comunitarias limitadas.

Su origen se sitúa en el Tratado de Ámsterdam (1997), que diseñó – sin denominarla- esta fórmula de acción coordinada entre los Estados miembros para aplicarla a los ámbitos de empleo y de lucha contra la exclusión social (Robles Carrillo, 2011: 285). Unos años más tarde, en la Estrategia de Lisboa (2000) se consolida esta técnica de acción como un método flexible de gobernanza que “combina objetivos acordados en común a nivel europeo, planes de acción nacionales para aplicarlos, indicadores para evaluarlos y, por último, una revisión por pares de los resultados obtenidos” (Pochet, 2001: 3). Se la denomina como método abierto de coordinación (MAC).

Como se indica en el Consejo Europeo de Lisboa, el MAC supone:

- Establecer directrices para la Unión combinadas con calendarios específicos para lograr los objetivos que se establezcan a corto, medio y largo plazo.
- Establecer, cuando proceda, indicadores y puntos de referencia cuantitativos y cualitativos cotejados con los mejores que existan y adaptados a las necesidades de los distintos Estados miembros y sectores como método de comparación de las prácticas idóneas.
- Establecer objetivos específicos dando los pasos adecuados, sin perder de vista las diferencias nacionales y regionales.
- Organizar periódicamente controles y evaluaciones entre homólogos como procesos de aprendizaje mutuo.

En su ideario, el MAC sigue un planteamiento descentralizado que permite a los Estados miembros desarrollar de forma progresiva sus propias políticas. Pero no puede

hablarse solo de un método intergubernamental, porque en este instrumento intervienen también una pluralidad de actores: la UE, los entes regionales y locales, los interlocutores sociales y la sociedad civil mediante diversas fórmulas de colaboración¹². De ahí la novedad de este mecanismo, calificado de “*tertium genus*” al reunir componentes institucionales propios del sistema comunitario, con elementos de coordinación de las políticas nacionales y la participación de entes regionales y locales (Robles Carrillo, 2005:38). En el plano funcional el MAC se desarrolla en los siguientes niveles de actuación (Hatzopoulos, 2007: 2):

- 1) El Consejo Europeo establece una serie de objetivos generales y proporciona orientaciones generales
- 2) El Consejo de Ministros selecciona los indicadores cuantitativos y cualitativos para la evaluación de las prácticas nacionales
- 3) Los indicadores se seleccionan a propuesta de la Comisión en conexión con los interlocutores sociales, las empresas y las ONG
- 4) Los Estados miembros adoptan las medidas a nivel nacional recogidas sus respectivos Planes de Acción Nacionales.

Mediante este instrumento la acción comunitaria se completa sobre la base del principio de subsidiariedad¹³, porque el MAC supone:

acordar objetivos comunes, trasladarlos a las estrategias política nacionales y como parte de un proceso de aprendizaje mutuo, realizar una supervisión periódica sobre la base de los indicadores acordados y definidos conjuntamente. Supone la organización de un proceso de aprendizaje para hacer frente a los retos comunes de la economía global de forma coordinada, respetando al mismo tiempo la diversidad nacional” (Cairós Barreto, 2015: 221).

Desde la Estrategia de Lisboa (2000) hasta el Tratado de Lisboa (2007) el MAC ha sido utilizado como instrumento clave para la mejora de la calidad y la gobernanza global de la UE¹⁴. Durante estos años este mecanismo se ha caracterizado por la ampliación de sus ámbitos de actuación y la diversificación de sus procedimientos, circunstancia ésta que se recoge en el TFUE (Robles Carrillo, 2011: 290). En dicho texto se contempla el

¹² Vid. el texto de las Conclusiones de la Presidencia del Consejo Europeo de Lisboa (23 y 24 de marzo de 2000), Apartados nº 38 y 39, p.16. Texto disponible en <https://www.hacienda.gob.es/Documentacion/Publico/SGPEDC/Estrategia%20de%20Lisboa.pdf> (Accedido:3-5-2023).

¹³ El principio de subsidiariedad protege la competencia de los Estados miembros autorizando la intervención de la UE cuando los objetivos de una acción no puedan ser alcanzados de manera suficiente por los Estados miembros, sino que puedan alcanzarse mejor a escala de la UE (art. 5.3 TUE).

¹⁴ Vid., a título de ejemplo, la Comunicación “Refuerzo de la dimensión social de la Estrategia de Lisboa: racionalización del método abierto de coordinación en el ámbito de la protección social” COM(2003) 261 final de 27-5-2003. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52003DC0261> Disponible en: [https://www.aedtss.com/wp-content/uploads/dl/N103/13%20Las%20orientaciones%20europeas%20en%20materia%20de%20pensiones%20\(Cair%C3%B3s%20Barreto\).pdf](https://www.aedtss.com/wp-content/uploads/dl/N103/13%20Las%20orientaciones%20europeas%20en%20materia%20de%20pensiones%20(Cair%C3%B3s%20Barreto).pdf) (Accedido: 2-4-2023).

uso del MAC en una diversidad de materias: empleo (art. 149), política social (153,156 y 160), educación (art. 165), formación profesional (art. 166), salud pública (art. 168), industria (art. 173) investigación y desarrollo tecnológico (art. 181). Pero se presenta con una regulación diversa según la materia, hecho que dificulta su tratamiento unitario y justifica que la doctrina no hable de un solo método abierto de coordinación, sino de diversos métodos abiertos de coordinación (Hatzopoulos,2007: 2, Robles Carrillo, 2011:39).

3. La protección de la salud en la Unión Europea

3.1. Ámbito competencial

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud es “un derecho fundamental de todo ser humano a alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social” (1946). Como tal derecho su protección queda reconocida en el art. 35 de la Carta de Derechos Fundamentales de la UE. Además de ser un derecho, la salud es un objetivo común presente en toda la política de la UE.

Confirma la idea expuesta una simple lectura del articulado de los Tratados, de la que se ha de partir del art. 3. p) TCEE, que reconoció la contribución de la Comunidad al logro de un alto nivel de protección de la salud. Precepto que conecta con el art. 152 TCEE en cuanto desarrollo de dicho propósito.

En la actualidad, el art. 9 TFUE reconoce que la protección de la salud humana ha de estar presente en la definición y ejecución de las políticas y acciones comunitarias. Y el art. 168 (anterior art. 152 TCEE) desarrolla la acción comunitaria en este ámbito. En este último precepto se dispone que las competencias referidas al ámbito de la salud y de la asistencia sanitaria- salvo los asuntos comunes de seguridad en materia de salud pública al que refiere el art. 2. K) del TFUE-, pertenecen al ámbito competencial de los Estados miembros. Por tanto, a éstos competen aspectos tales como la organización, la gestión de los servicios de salud, la financiación y la atención y prestación sanitaria.

Y como tal ámbito de competencia nacional los Estados miembros han desarrollado sus propios sistemas públicos de salud en los que se persiguen objetivos comunes como el acceso universal a servicios integrales. También coinciden en los desafíos a los que se enfrentan (el envejecimiento de la población, la cronificación de las enfermedades, el acceso a nuevas tecnologías de alto coste, los cambios en los mercados de trabajo, el crecimiento del gasto etc.). Si bien, las técnicas o medios con los que a ellos se enfrentan difieren de unos a otros (Hervey, 2008: 3).

Aunque la atención sanitaria resulta ser un asunto que compete a los Estados miembros lo dicho no significa que la UE no tenga posibilidades de actuación en este ámbito. Al contrario, desempeña un importante papel, pues sus acciones servirán de apoyo, coordinación o complemento a la de los Estados en lo que respecta a la protección y mejora de la salud humana (art. 6.a TFUE). No obstante, hay que advertir que la protección de la salud se desarrolla en un marco de acción en el que intervienen políticas comunitarias diferentes (libre circulación de bienes, mercancías y personas, coordinación en materia de protección social, investigación y desarrollo, salud pública, etc.), hecho este que justifica la necesidad de crear marcos de cooperación y coordinación (arts. 156 y 168 TFUE).

A nivel normativo y, conforme a lo que dispone el art. 168 TFUE la actividad del Consejo y del Parlamento se orienta a afrontar los problemas comunes de seguridad con un conjunto de medidas que:

- a) Establezcan altos niveles de calidad y seguridad de los órganos y sustancias de origen humano, así como de la sangre y sus derivados.
- b) Tengan como objetivo directo la protección de la salud pública en los ámbitos veterinario y fitosanario.
- c) Establezcan elevadas normas de calidad y seguridad en los medicamentos y productos sanitarios.

Podrán también adoptar medidas de fomento dirigidas a proteger y mejorar la salud humana, a luchar contra las pandemias transfronterizas, medidas de vigilancia de las amenazas transfronterizas graves para la salud y de alerta y lucha contra las mismas, así como aquellas que tengan por objetivo la protección de la salud pública, en relación al consumo del tabaco y el consumo excesivo de alcohol¹⁵, recientemente, la salud mental¹⁶. Por su parte, el Consejo, previa propuesta de la Comisión, podrá adoptar recomendaciones para la consecución de los fines establecidos en el art. 168 TFUE. Sirva como ejemplo, la Comunicación de la Comisión sobre sistemas sanitarios eficaces, accesibles y adaptables¹⁷, que recoge las recomendaciones realizadas por la Comisión a los sistemas sanitarios de los Estados miembros con vistas a afrontar los retos y las presiones de que son objeto, con el fin de prestar una asistencia sanitaria de gran calidad.

3.2. La acción comunitaria en el ámbito de la salud

Con el propósito de asegurar un alto nivel de salud y bienestar, y dejando al margen de este estudio el marco jurídico de coordinación de los sistemas de Seguridad Social de los Estados miembros¹⁸, una parte de la acción comunitaria se ha centrado en el específico ámbito de la salud pública con diferentes actuaciones.

En unos casos, normativas (como, por ejemplo, la legislación para garantizar la seguridad de la sangre y los productos sanguíneos). Otras mediante la creación de organismos como el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC), la Agencia Europea del Medicamento (EMA) o recientemente con motivo de la pandemia causada por la COVID-19, la nueva Autoridad Europea de Preparación y

¹⁵ Vid. La Estrategia de la UE en materia de Lucha contra la Droga 2021-2025. Disponible en: https://www.consilium.europa.eu/media/54074/qc0521073esn_002.pdf; y la Estrategia de la UE sobre el alcohol (COM 2006) 625 final. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/ES/legal-content/summary/eu-alcohol-strategy.html> (Accedido: 3-6-2023).

¹⁶ Un enfoque integral de la salud mental COM (2023) 298 final, Bruselas 7-6-2023. Disponible en: https://health.ec.europa.eu/system/files/2023-06/com_2023_298_1_act_en.pdf (Accedido: 20-6-2023).

¹⁷ COM (2014) 215 final de 4-4-2014. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=celex%3A52014DC0215> (Accedido: 3-6-2023).

¹⁸ En lo que respecta a las prestaciones de enfermedad de los sistemas de Seguridad Social de los Estados miembros (Reglamentos CE nº 883/2004, de 29 de abril, y nº 987/2009, de 16 de septiembre) y del reembolso de los costes de asistencia sanitaria recibida en un Estado miembro distinto de aquel en que está asegurado el paciente (la Directiva 2011/24/UE relativa a los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza).

Respuesta ante Emergencias Sanitarias (HERA), para que la UE y los Estados miembros puedan afrontar futuras crisis sanitarias transfronterizas.

También se han llevado a cabo acciones comunitarias mediante programas y planes, en un principio sectoriales, por ejemplo, los programas de lucha contra el SIDA, el cáncer o la prevención de la toxicomanía. Posteriormente, programas integrados que, en las últimas décadas, han definido el marco de las políticas de salud de la UE para afrontar los nuevos retos y prioridades sanitarias, tales como los relacionados con la ampliación de la UE, el aumento de la demanda de los servicios sanitarios o la evolución demográfica. El último de ellos y actualmente vigente es el Programa Uepros salud para el período 2021-2027: Una visión de una Unión Europea más sana¹⁹, que destacamos por sus cuatro objetivos generales:

- a) la mejora y el fomento de la salud en la UE;
- b) la protección de la población frente a las amenazas transfronterizas graves;
- c) la mejora de los medicamentos y otros productos, sanitarios o no, que sean necesarios en casos de crisis sanitaria;
- d) y el refuerzo de los sistemas sanitarios para mejorar su resiliencia y eficiencia en el uso de los recursos.

También por sus fórmulas de gobernanza, al contemplar la creación de un equipo directivo compuesto por representantes de la Comisión y de los Estados miembros que se reúnen periódicamente para que los Estados miembros puedan intercambiar puntos de vista, y para garantizar también que haya coherencia y complementariedad entre las políticas sanitarias nacionales y entre el programa y otras medidas de la UE, haciendo un seguimiento de la aplicación del programa y proponiendo los ajustes necesarios.

3.2.1. La actividad coordinada y el MAC en materia de salud

Las primeras aplicaciones del 152 del TCCE (actual art. 168 TFUE) a nivel de coordinación en materia de salud se sitúan en la década de los 90 del siglo pasado²⁰. Destacan dos Comunicaciones de la Comisión.

Una, sobre el desarrollo de la política de la sanidad pública en la Comunidad Europea (1993)²¹ donde se reconoce que:

la acción comunitaria de lucha contra las enfermedades se centrará en particular en el fomento de la coordinación entre los Estados miembros, en el apoyo a sus acciones, favoreciendo en estrecho

¹⁹ Reglamento (UE) 2021/522 de 24-3-2021. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32021R0522>(Accedido: 2-4-2023).

²⁰ A ello se refiere el Parlamento Europeo en su informe de 17-2-2002 sobre la Comunicación “El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera”, Documento de sesión FINAL A5-0452/2002, Ponente Mario Mantovani, p.13. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52001DC0723>(Accedido: 3-5-2023).

²¹ COM (93) 559 final de 24-11-1993. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:51993DC0559>(Accedido: 3-5-2023).

contacto con los Estados miembros la coordinación de sus políticas y programas, y en la mejor utilización de las políticas comunitarias cuando estas sean relacionadas con la salud pública.

Y se establecen 8 áreas prioritarias de actuación (promoción, educación, información y formación sanitarias; datos e indicadores sanitarios y control y vigilancia de las enfermedades; el cáncer; las drogas el SIDA y otras enfermedades transmisibles; accidentes y lesiones; enfermedades relacionadas con la contaminación; otras amenazas para la salud (si las circunstancias lo requieren).

Y otra, sobre la Estrategia de la Comunidad Europea en el ámbito de la sanidad pública (2000)²² que contempla dos ejes de acción: un nuevo marco de acción en el ámbito de la salud pública («marco de salud pública»), que incluye la aprobación de un programa de acción en el ámbito de la salud pública (2001-2006); y una estrategia integrada de salud para “garantizar un estrecho vínculo entre las acciones en el marco de la salud pública y las iniciativas, relacionadas con la salud, que se tomen en otros ámbitos políticos como el mercado único, la protección de los consumidores, la protección social, el empleo y el medio ambiente”.

Para la consecución de tales propósitos la Estrategia consideraba conveniente “reforzar los vínculos con nuevos mecanismos e instrumentos que garanticen la contribución de las otras políticas comunitarias a la protección de la salud”.

Otras acciones, en un ámbito más amplio como es el de la protección social, también incorporaron la protección sanitaria a niveles de cooperación. Mecanismo este el de la cooperación que, a raíz de la Comunicación “Una estrategia concertada para modernizar la protección social” (1999), se potencia y refuerza para definir las mejores prácticas que pueden ser utilizadas para adaptar los sistemas de protección social a las nuevas condiciones socioeconómicas y afrontar los retos de futuro.

Con vistas a afrontar retos tan difíciles como, por ejemplo, el envejecimiento de la población, se planteó una reforma global de la protección social que incluyese también una reforma en los sistemas de asistencia sanitaria de los Estados miembros. Como refiere la Comunicación “El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera” (2001)²³, los sistemas sanitarios de la UE tienen ante sí un triple reto que afrontar: ofrecer el acceso universal a la asistencia sanitaria, proporcionar una oferta asistencial de alta calidad y garantizar la sostenibilidad financiera de los sistemas sanitarios.

Por ello, el Consejo Europeo de Barcelona (2002), adoptando este triple reto, insistió en la cooperación reforzada mediante el intercambio de información y de las buenas prácticas con los Estados miembros.

Un enfoque racionalizado en esta coordinación reforzada se contempló en la Comunicación “Refuerzo de la dimensión social de la Estrategia de Lisboa: racionalización del método abierto de coordinación en el ámbito de la protección social”

²² COM (2000) 285 final de 16-5-2000. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/HTML/?uri=LEGISSUM:c11563> (Accedido: 3-5-2023).

²³ COM (2001) 723 final de 5-12-2001. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52001DC0723> (Accedido: 3-5-2023).

(2003), que dispone el ámbito de actuación del MAC: inclusión social, pensiones y asistencia sanitaria y cuidados de larga duración.

A dicha coordinación también se refirió el Parlamento Europeo en su Resolución de 11-3-2003, si bien, lo verdaderamente destacable de ella es la autorización que realizó al Consejo para la aplicación del MAC al ámbito de la asistencia sanitaria y que, meses después, fue reconocida en la Comunicación “Modernizar la protección social para el desarrollo de una asistencia sanitaria y una asistencia de larga duración, de calidad, accesibles y duraderas: apoyo a las estrategias nacionales a través del <<método abierto de coordinación>>” (2004)²⁴.

En la referida comunicación se reconoció que el MAC es un método flexible, respetuoso con la diversidad de situaciones y competencias nacionales y adaptado a las especificidades de los sistemas de asistencia sanitaria. Un instrumento que facilita la participación de múltiples agentes de este sector y el intercambio de experiencias, favoreciendo un enfoque global de los problemas a los que se enfrentan los sistemas sanitarios de los Estados miembros, estableciendo un estrecho vínculo con los distintos instrumentos y políticas asociadas a este ámbito.

En este texto el MAC se presenta como un medio para aumentar la eficiencia en la prestación de la asistencia sanitaria de la UE, ya que el MAC se diferencia de otras políticas de atención médica en que no busca compensaciones entre los principales objetivos de atención médica de accesibilidad, calidad y sostenibilidad financiera. Más bien busca su equilibrio mediante una mayor eficiencia en la atención sanitaria europea (Hervey, 2008: 6). También sirve de marco común de apoyo a las políticas de reformas que lleven a cabo los Estados miembros en materia de asistencia sanitaria y asistencia de larga duración para afrontar problemas comunes (cambios en la ciencia médica, modernización de la oferta, envejecimiento de la población, nuevas necesidades sociales, financiación, desigualdades en materia de salud entre los Estados, crisis migratorias, etc.) mediante la fijación de unos objetivos comunes que permitan a los Estados definir su estrategia nacional beneficiándose de las buenas prácticas de los demás.

Los objetivos comunes propuestos, tal y como se recogen en la citada Comunicación, son:

- Garantizar el acceso a la asistencia sanitaria de calidad sobre la base de los principios de universalidad, equidad y solidaridad.
- Prevenir el riesgo de pobreza o exclusión social vinculado a la enfermedad, los accidentes, la discapacidad o los cuidados necesarios en la vejez, tanto para los beneficiarios como para sus familias.
- Garantizar la sostenibilidad financiera a largo plazo y de una asistencia accesible para todos y de calidad.

Dichos objetivos quedaron completados con la Comunicación “Seguimiento del proceso de reflexión de alto nivel sobre la movilidad de los pacientes y los progresos de

²⁴COM (2004) 304 final de 20-4-2004. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52004DC0304>(Accedido: 3-5-2023).

la asistencia sanitaria en la Unión Europea” (2004)²⁵. Y del contenido de ambos textos se configuró la estrategia global para adoptar un planteamiento común sobre los regímenes europeos de asistencia sanitaria y de protección social. Estrategia que se planteaba necesaria para contribuir a la cooperación de los sistemas sanitarios y para que los ciudadanos pudieran ejercer su derecho de buscar asistencia sanitaria en otro Estado miembro si así lo deseasen.

En la Comunicación “Trabajar juntos, trabajar mejor: Un nuevo marco para la coordinación abierta de las políticas de protección social y de inclusión en la Unión europea” (2005)²⁶ se propuso una simplificación del trabajo en los ámbitos sobre inclusión, pensiones, salud y cuidados de larga duración para crear un proceso integrado que hiciera del MAC un proceso más fuerte y visible y mejor integrado con la Estrategia de Lisboa y con más espacio para el aprendizaje, el intercambio y la difusión de políticas que los participantes valoran. Concretamente, en el ámbito de la salud sus líneas de trabajo se centraron en:

- garantizar el acceso a la atención sanitaria de todos y a los cuidados de larga duración asegurando que la necesidad de estos últimos no conduzca a la pobreza y a la dependencia financiera,

- promover la calidad de la atención sanitaria y de los cuidados de larga duración adaptándolos a las necesidades y preferencias de la población y estableciendo normas de calidad que reflejen las prácticas adecuadas internacionales y refuercen la responsabilidad de profesionales sanitarios, pacientes y de los beneficiarios de cuidados.

- asegurar que la atención sanitaria y los cuidados de larga duración adecuados y de calidad sigan siendo asequibles y viables, promoviendo estilos de vida sanos y activos, buenos recursos humanos para el sector asistencial y un uso racional de los recursos, especialmente mediante incentivos a usuarios y proveedores, buena gobernanza y coordinación entre sistemas e instituciones asistenciales.

En este marco común de actuación, tal y como indica el Comité de las Regiones²⁷, los entes locales y regionales tienen un importante papel a desempeñar, por ejemplo, en el establecimiento de los planes nacionales de acción y en los indicadores y criterios comparativos. No obstante, se advierte que el desarrollo de esta estrategia no puede derivar en tentativas de armonización o normativas opacas que afecten a la competencia que en este ámbito incumbe a los Estados miembros. Ello implica que las acciones a desarrollar deben tener presente el principio de subsidiariedad (art. 5.3 TUE). Recuérdese que conforme a dicho principio los ámbitos que no sea competencia exclusiva de la UE - como sucede respecto de la protección de la salud- la acción de la UE se podrá llevar a cabo cuando los objetivos de la acción pretendida no puedan ser alcanzados de manera suficiente por los propios Estados a nivel central, regional o local, sino que por sus efectos y dimensión puedan ser alcanzados mejor a nivel de la Unión. Desde esta perspectiva la actuación del MAC permitiría la expansión de posibles soluciones a los problemas a los

²⁵ COM (2004) 301 final de 20-4-2004. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52004DC0301> (Accedido: 3-5-2023).

²⁶ COM (2005) 706 final de 22-12-2005, op.cit.. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52005DC0706>.

²⁷ Dictamen del Comité de las Regiones (2005/C 43/07). Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:C2005/043/07> (Accedido: 3-5-2023).

que se enfrentan los sistemas sanitarios europeos. Y, de esta forma, se puede esperar que los intereses de los actores políticos relevantes se reformulen o reconstruyan a través de las estructuras del MAC (Hervey, 2008: 16)²⁸.

Desde entonces y hasta la actualidad el papel de la UE en la gobernanza de la atención sanitaria resulta cada vez más importante (Hervey, 2008: 5). En sus actuaciones los contenidos han ido evolucionando y desarrollándose con diferentes planes de acción para que los sistemas sanitarios de los Estados miembros puedan responder a las expectativas de sus ciudadanos, a sus necesidades de salud y de asistencia sanitaria aprovechando, al mismo tiempo, las posibilidades que les brinda el uso de las nuevas tecnologías de la información y las herramientas digitales para mejorar el acceso, la calidad, las prestaciones y la eficiencia de los servicios sanitarios en toda la Unión.

De los debates mantenidos en el Consejo y con la Comisión en el contexto del MAC el proceso de reflexión de alto nivel sobre la movilidad de los pacientes y la evolución de la asistencia sanitaria en la UE se reconoció que los sistemas sanitarios de la UE constituyen una parte esencial del alto nivel de protección social y contribuyen a la cohesión y justicia social, así como al desarrollo sostenible. Asimismo, los ministros de sanidad de la UE aprobaron una declaración de valores y principios comunes de los sistemas sanitarios de la UE²⁹. Como principios comunes compartidos, (en el sentido de que dichos principios estén presentes en todos los sistemas sanitarios), se reconocieron la calidad, la atención basada en las pruebas y la ética, la participación del paciente, el derecho a reparación y la intimidad y confidencialidad. Como valores comunes se reconocieron la universalidad, el acceso a una atención sanitaria de buena calidad, la equidad, la solidaridad y la reducción de las desigualdades³⁰.

Recientemente, la crisis sanitaria causada por la COVID-19, ha puesto en evidencia dos aspectos importantes. Por un lado, la capacidad de respuesta de los sistemas sanitarios y los beneficios del esfuerzo de una acción coordinada europea (estrategias coordinadas y un plan integral de recuperación³¹ con una financiación sin precedentes) calificada de

²⁸ Una crítica al proceso de coordinación en materia de política social en MARTÍNEZ Y ÁÑEZ NORA M. (2015) "La coordinación de las políticas sociales y de empleo en el vórtice de la gobernanza económica europea", *Revista de Derecho Comunitario Europeo*, nº52, Septiembre/diciembre, p. 982. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/RDCE/article/view/42562/0>. (Accedido: 8-9-2023). En dicho estudio se afirma que "las fuentes de *soft law* -hoy asociadas la gobernanza económica europea- han desplazado el uso del método comunitario en el ámbito de la política social".

²⁹ Disponible en: [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52006XG0622\(01\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52006XG0622(01))

³⁰ En relación con las desigualdades sanitarias vid. la Comunicación "Solidaridad en materia de salud: reducción de las desigualdades en salud en la UE" COM (2009) 567 final, de 20-10-2009, en la que los Estados miembros mediante el MAC acordaron hacer frente a las desigualdades en los resultados de salud con el apoyo de indicadores comunes de EUROSTAT sobre estadísticas de salud pública. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52009DC0567>. (Accedido: 3-5-2023). Vid. también la Resolución del Parlamento europeo de 8-3-2011 sobre la reducción de las desigualdades en salud en la UE (2010/2089 INI). Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52011IP0081> (Accedido: 3-5-2023).

³¹ COM (2020)456 final, de 27-5-2020. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX%3A52020DC0456>. (Accedido: 3-5-2023). En este documento la comisión reconoce que la crisis sanitaria ha puesto de relieve la necesidad de una coordinación y una respuesta rápida, flexible y coordinada de la UE ante las crisis.

Respecto a las competencias sanitarias y de salud pública durante la pandemia en la doctrina vid. FERNANDEZ DOMINGUEZ Juan José, DOMINGUEZ FERNANDEZ Guillermo, GARCÍA VIÉITEZ Juan José (2020) La "Avocación" de competencias sanitarias y de salud pública por la Unión europea

histórica, (Gómez Muñoz, 2021: 66) de cuya eficacia se dio cuenta en la Cumbre Social de Oporto (2021). En ella, las instituciones de la UE, los interlocutores sociales europeos y los representantes de la sociedad civil reconocieron los beneficios de la acción coordinada durante la pandemia, a la vez que mostraron su firme compromiso en mantener un enfoque coordinado para implementar los principios del Pilar Europeo de Derechos Sociales (también denominado nuevo “Código normativo social”), y desarrollar el programa europeo de política social para la próxima década.

Por otro lado, la UE ha reconocido que la pandemia ha evidenciado la importancia de la acción coordinada entre los países europeos para proteger la salud de las personas, y no solo en tiempos de crisis, sino también en situaciones ordinarias. Acción conjunta en la que se puede abordar cuestiones tales como, las condiciones de salud subyacentes, la financiación de los sistemas sanitarios o la formación del personal sanitario. En este punto es destacable la iniciativa la Unión Europea de la Salud para la mejora de la protección, la prevención, la preparación y la respuesta a escala de la UE frente a los peligros para la salud humana³².

Recientemente, en la Resolución de 12 de julio de 2023, sobre la pandemia de COVID-19: enseñanzas extraídas y recomendaciones para el futuro (2022/2076(INI)) el Parlamento Europeo insta a los Estados miembros a que utilicen los fondos del Mecanismo de Recuperación y Resiliencia o el Fondo de Cohesión para invertir en un enfoque preventivo de la salud, el personal sanitario y la educación. Anima a que se haga un balance de la coordinación entre los Estados miembros y las agencias y organismos de la Unión, las infraestructuras de investigación y la OMS. Y pide que se dote a la Unión “de una mayor capacidad para coordinar y desarrollar estrategias homogéneas sobre estas cuestiones haciendo pleno uso de las competencias actuales previstas en los Tratados y para estudiar posibles reformas en interés de los ciudadanos”. Y que asuma un papel más firme a la hora de guiar, coordinar y orientar la mejora de los sistemas de salud pública de los Estados miembros, ya que:

todos los Estados miembros deben considerar la salud pública y la asistencia social como una prioridad en la inversión pública, y no como un coste que debe minimizarse; hace hincapié en que la mejora de la salud de la población es una inversión estratégica y una obligación moral para nuestras sociedades y economías, por lo que pide a la Unión y a los Estados miembros que reconozcan el papel esencial de la asistencia sanitaria pública.

Este enfoque compartido de acciones entre la UE y los Estados también se recoge en la Agenda Estratégica 2021-2024³³, donde se indica que en esta labor “los talentos de los agentes regionales y locales deben aprovecharse en beneficio del esfuerzo general” y se utilizarán los instrumentos que resulten más adecuados bajo el respeto del principio de subsidiariedad y los ámbitos competenciales de cada parte.

durante la pandemia causada por el coronavirus SARS-CoV-2, *Revista de Derecho de la Seguridad Social*, Estudios Doctrinales nº 25 (4º trimestre), Edit. Laborum, pp. 35-60. Disponible en: <https://revista.laborum.es/index.php/revsegsoc/article/view/431> (Accedido: 2-1-2023).

³² Disponible en: https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union_es (Accedido: 16-6-2023).

³³ Disponible en: <https://www.consilium.europa.eu/media/39964/a-new-strategic-agenda-2019-2024-es.pdf> (Accedido: 16-6-2023).

4. El sistema sanitario español: planteamiento general y problemas estructurales

En España la protección de la salud es un derecho reconocido en el art. 43 de la Constitución. Precepto desarrollado por la Ley General de Sanidad (L.14/1986, de 25 de abril) que diseñó un modelo sanitario español en el que, respetando el marco competencial que se recoge en los arts. 148.1.21 y 149.1.16 de la Constitución, se configura como Sistema Nacional de Salud (SNS) descentralizado, de financiación pública y de coordinación nacional y compuesto por los servicios sanitarios de la Administración del Estado y los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (CCAA).

Dentro de este sistema el Estado es el encargado de establecer la estructura y la regulación asistencial sanitaria mínima y básica que resulta de aplicación a todos los ciudadanos en todo el territorio nacional. Por su parte, las CCAA, respetando ese nivel mínimo y básico, les corresponde la organización, gestión, prestación de servicios y financiación de tales servicios en sus respectivos ámbitos territoriales. La función de coordinación nacional la ostenta el Consejo Interterritorial del SNS (CISNS), órgano en el que participan el Ministerio de Sanidad y los Consejeros de Salud de las 17 CCAA para adaptar medidas comunes que resulten de aplicación en todo el territorio nacional.

Desde su configuración en 1986 el SNS se asienta en dos principios clave: universalidad y gratuidad. Principios que, si bien quedaron reconocidos desde los inicios del sistema, su aplicación se dispuso que fuese de forma paulatina conforme a las disponibilidades económicas lo permitiese. Años después, la Ley de Cohesión y Calidad del SNS (L.16/2003, de 28 de mayo), adiciona a los dos principios anteriores otros nuevos como la equidad, la calidad y la participación social. Principios todos ellos que resultan acordes con la estrategia global de la UE con vistas a la adopción de planteamientos comunes en los regímenes europeos de asistencia sanitaria y protección social (2004).

No obstante, existía un déficit en cuanto al reconocimiento de la atención sanitaria con fondos públicos a colectivos de especial vulnerabilidad amenazados por la exclusión, como la población extranjera no registrada ni autorizada a residir en España. Una situación que fue corregida en el RDL 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al SNS. Desde entonces el sistema sanitario español se ha caracterizado por ofrecer un buen acceso a una asistencia de calidad, con un sólido nivel de atención primaria y una atención universal reconocida³⁴.

De hecho, y hasta el principio de la pandemia causada por la COVID-19, España destacaba por tener la esperanza de vida más alta de Europa³⁵. Pese a estos buenos resultados, existían problemas estructurales importantes que la pandemia agudizó tensionando el sistema y mostrando su vulnerabilidad para hacer frente a crisis sanitarias similares y a las necesidades sociales de la población. Por ejemplo, el nivel de gasto sanitario per cápita, un 15% inferior a la media de la UE; la insuficiente dotación de infraestructuras de distribución desigual en el territorio nacional; la excesiva tasa de temporalidad en la contratación de los profesionales sanitarios (30%), con escasez de personal de enfermería (5'7 por cada mil habitantes por debajo de la media UE) son, entre

³⁴ OECD/European Commission. State of Health in the EU.España.Perfil sanitario nacional 2021, p.3. Disponible en: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/3d1c2ed2-es.pdf?expires=1669552309&id=id&accname=guest&checksum=F98CEE8C295DEFF470B12740CABA2612>(Accedido: 2-4-2023). (Accedido: 16-6-2023).

³⁵ OECD/European Commission. State of Health in the EU.España.Perfil sanitario nacional 2019, op.cit.,p.3.

otros, debilidades que amenazaban la eficiencia y la calidad en la prestación asistencial del SNS (Hernández Bejarano, 2021: 370-382).

Aspectos estos problemáticos que se vienen padeciendo desde hace años y que ya se pusieron de manifiesto en los informes anuales por países realizados de forma conjunta por la OECD y la Comisión Europea (perfil sanitario de España). A algunos de ellos también se refirió el Consejo Europeo en sus recomendaciones hechas a España en el marco del semestre europeo 2019-2020 al Programa Nacional de Reformas de 2020 aconsejando a nuestro país “reforzar la capacidad y resiliencia³⁶ del sistema sanitario, en lo relativo a los trabajadores sanitarios y a los productos médicos y las infraestructuras esenciales”³⁷.

En un escenario de pandemia como el vivido hasta hace muy poco el CISNS, como órgano de coordinación nacional entre el Estado y las CCAA dispuso un Plan de respuesta para la armonización de actuaciones en todo el territorio nacional (2020)³⁸, de tal manera que, a partir del mismo las CCAA pudieron desarrollar diferentes medidas siguiendo las directrices emanadas del Ministerio de Sanidad, las recomendaciones de la UE y de la OMS.

Como respuesta coordinada para hacer frente a la pandemia, los Estados miembros implementaron planes en paralelo. En ellos se recogen un conjunto de reformas que los Estados podrán llevar a cabo gracias al instrumento Next Generation EU (2020) y a los fondos destinados a reparar los daños provocados por la pandemia (el Mecanismo Europeo de Recuperación y al instrumento REACT-EU)³⁹. Asimismo, se puso en marcha el Programa EU5Health Independiente, de apoyo a los Estados miembros y a la UE en la prevención y control de las enfermedades, en la mejora en el acceso de la asistencia sanitaria, diagnóstico y tratamiento al objeto de preparar a los sistemas sanitarios a mejorar su respuesta ante las crisis sanitarias futuras⁴⁰. Porque en el futuro, según la opinión mayoritaria de los expertos, la UE tendrá que hacer frente a similares formas de

³⁶ Como se indica en el Informe sobre prospectiva estratégica de 2020 “trazar el rumbo hacia una Europa más resiliente” COM (2020) 493 final, de 9-9-2020, p.2, “la resiliencia es la capacidad no solo de resistir y hacer frente a los retos, sino también de realizar transiciones de manera sostenible, justa y democrática. La resiliencia es necesaria en todos los ámbitos políticos para someterse a la doble transición ecológica y digital al mismo tiempo que se mantienen el objetivo fundamental y la integridad de la UE en un entorno dinámico y a veces turbulento. Una Europa más resiliente se recuperará más rápidamente, saldrá más fuerte de las crisis actuales y futuras y aplicará mejor los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas”. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020DC0493&from=ES> (Accedido: 2-4-2023).

³⁷ COM (2020) 509 final de 20-5-2020. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020DC0509&from=EN> (Accedido: 2-4-2023).

³⁸ Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Plan de respuesta temprana en un escenario de control de la pandemia por COVID-19 (2020). <https://www.sanidad.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/13.07130720131534059.pdf> (Accedido: 2-4-2023).

³⁹ COM (2020) 456 final de 27-5-2020. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020DC0456&from=EN> (Accedido: 2-4-2023).

⁴⁰ La Comisión Europea también dispuso para el período 2021-2027 el programa EU4Health (UE Pro salud) como respuesta a la crisis sanitaria, programa que sustituyó al Tercer Programa de Salud (2014-2020) y que establece cuatro objetivos generales: mejorar y fomentar la salud de la Unión, hacer frente a las amenazas transfronterizas para la salud, mejorar los medicamentos, los productos sanitarios y los productos pertinentes para la crisis y reforzar los sistemas sanitarios, su resiliencia y la eficiencia de los recursos. Vid Reglamento (UE) 2021/522 de 24-3-2021. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/HTML/?uri=CELEX:32021R0522> (Accedido: 16-6-2023).

pandemia, por lo que deberá adaptar los marcos regulatorios a esta nueva realidad (Gómez Muñoz, 2021: 67).

5. La coordinación abierta en el Sistema Nacional de Salud

Un aspecto importante de la acción coordinada comunitaria es la evaluación de las políticas nacionales en el cumplimiento de los objetivos propuestos para garantizar un alto nivel de protección de la salud. Y nuestro país ha mostrado su compromiso con la búsqueda de soluciones coordinadas para luchar contra la pandemia, sostener la economía y apoyar una recuperación sostenible. Y para ello ha dispuesto un instrumento que incorpora la hoja de ruta de reformas estructurales para modernizar el país y avanzar en sectores tructores, entre ellos, la sanidad: el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia -PRTR- (2021).

El contenido del PRTR responde a las recomendaciones específicas realizadas por la UE al Estado español. Pero también responde a los requisitos y prioridades establecidos en los instrumentos Next Generation EU para recibir los fondos de recuperación, y a los compromisos adquiridos con la Agenda 2030 de desarrollo sostenible en el Plan de Acción para la implementación de la Agenda 2030⁴¹.

Por lo que respecta a nuestro sistema sanitario, una de las políticas palanca de la estrategia española de recuperación, concretamente la nº 18, se refiere a la renovación y ampliación de las capacidades del SNS. Desde un enfoque holístico y con una perspectiva a medio y largo plazo, se contemplan medidas que persiguen el fortalecimiento estructural del SNS, disponiéndose de una inversión total estimada de 1.069 millones de euros, para la puesta en práctica de reformas e inversiones en 5 ámbitos clave:

- fortalecimiento de la atención primaria y comunitaria,
- reforma del sistema de salud pública,
- consolidación de la cohesión,
- equidad y universalidad y refuerzo de las capacidades profesionales y reducción de la temporalidad
- reforma de la regulación de medicamentos y productos sanitarios.

Un conjunto de acciones que deberán ejecutarse en coordinación con las CCAA para responder a las necesidades y retos del futuro: demográficos (envejecimiento, cronicidad, dependencia, despoblación etc.), sociales (determinantes sociales de la salud, diferencias territoriales, etc.), tecnológicos (tratamiento de datos, tecnologías disruptivas, etc.), ambientales (cambio climático, contaminación, ruido, etc.) y económicos (sostenibilidad, eficiencia, etc.), a fin de garantizar a la ciudadanía las máximas oportunidades para desarrollar y preservar su salud. También para disponer de un sistema sanitario público, universal y excelente, sólidamente cohesionado, proactivo, innovador

⁴¹ Gobierno de España. Plan de Acción para la implementación de la Agenda 2030. Hacia una Estrategia Española de desarrollo sostenible. <https://transparencia.gob.es/transparencia/dam/jcr:6e0f06b9-a2e0-44c0-955a-dad1f66c11d7/PLAN%20DE%20ACCI%C3%93N%20PARA%20LA%20IMPLEMENTACI%C3%93N%20DE%20LA%20AGENDA%202030.pdf>(Accedido: 2-4-2023).

e inteligente y con perspectiva de género, que cuide y promueva la salud individual y colectiva a lo largo de toda la vida (PRTR, 2021:161).

Por el carácter transversal de la protección de la salud la política palanca nº 18 conecta con las otras dos políticas que constituyen el componente VI del PRTR, estas son, la política nº 11, en lo que se refiere a los proyectos de digitalización en las Administraciones públicas en áreas claves como la sanidad, para dar respuesta en mejores condiciones a una situación de emergencia sanitaria. Y la política palanca nº 16, referida al impacto esperado del uso de la inteligencia artificial en el sector salud⁴².

Como se indica en el PRTR, el objetivo es:

Preparar al sistema para prevenir y afrontar posibles amenazas sanitarias globales como la derivada del COVID-19 e incrementar las capacidades de salud pública y los sistemas de vigilancia epidemiológica. Asimismo, se persigue asegurar que todas las personas tengan las máximas oportunidades de desarrollar y preservar la salud y que dispongan de un sistema sanitario público, universal y excelente, sólidamente cohesionado, proactivo, innovador e inteligente y con perspectiva de género, que cuide y promueva su salud a lo largo de toda la vida.

5.1. El impacto del MAC en la implementación de los compromisos asumidos

La implementación de estas medidas tienen su reflejo en los Programas Nacionales de Reformas del Reino de España correspondientes a los años 2021, 2022 y 2023, que incorporan, además, medidas de respuesta inmediata ante circunstancias sobrevenidas como la Guerra de Ucrania, la erupción del volcán Cumbre Vieja o la sequía prolongada⁴³.

Aunque aún no se han desarrollado la totalidad de las medidas dispuestas y, por lo tanto, no puede afirmarse todavía que el Sistema sanitario español haya corregido todos sus desequilibrios, sí hay que reconocer que se están produciendo avances en la dirección trazada. Muestra de ello son las actuaciones que, a continuación, se citan:

-El Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023⁴⁴, que desarrolla un conjunto de objetivos y acciones establecidas en el Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria -puesto en marcha en el año 2019- al objeto de reforzar la atención sanitaria en dicho nivel.

-El RDL 12/2022, de 5 de junio, por el que se modifica la L.55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, (BOE 7-7-2022), por el que se pretende corregir la excesiva contratación temporal y mejorar sus condiciones laborales.

⁴² Gobierno de España. Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital. Estrategia Nacional de Inteligencia Artificial, p. 4. Disponible en: <https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Documents/2020/ENIAResumen2B.pdf> (Accedido: 3-10-2023).

⁴³ Vid. Programa Nacional de Reformas. Reino de España 2022, pp.47-49. Disponible en: <https://www.hacienda.gob.es/CDI/ProgramaNacionaldeReformas/PNR2022.pdf> y Programa Nacional de Reformas. Reino de España 2023, pp.53-55. Disponible en: <https://www.hacienda.gob.es/CDI/ProgramaNacionaldeReformas/PNR2023.pdf> (Accedido: 16-6-2023).

⁴⁴ Gobierno de España. Ministerio de Sanidad. Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023, pp.1-66. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/excelencia/docs/Plan_de_Accion_de_Atencion Primaria.pdf (Accedido: 16-6-2023).

- La Orden SND/840/2022, de 26 de agosto, (BOE 2-9-2022), por la que se convoca las pruebas selectivas 2022 para el acceso en el año 2023 a plazas de formación sanitaria especializada, incrementándose el número de dichas plazas para contribuir a reforzar los recursos humanos del Sistema.

-El Plan de digitalización de las Administraciones Públicas 2021-2025⁴⁵, que persigue reforzar los sistemas sanitarios de las CCAA mediante la interoperabilidad en la gestión de la información entre dichas Comunidades para mejorar el servicio, aplicar inteligencia artificial al análisis de datos y afrontar emergencias sanitarias.

-El Plan INVEAT (Inversión en Equipos de Alta Tecnología Sanitaria en el Sistema Nacional de Salud), por el que se distribuyen fondos a las CCAA para garantizar el acceso a toda la ciudadanía de técnicas diagnósticas de calidad, con el fin de:

incrementar la supervivencia global y la calidad de vida de las personas mediante el diagnóstico de enfermedades en estadios tempranos, posibilitando la intervención terapéutica rápida, con especial atención a las patologías de mayor impacto sanitario, presente y futuro, del SNS, como son las enfermedades crónicas, las enfermedades oncológicas, las enfermedades raras y las enfermedades neurológicas. Todo ello, consolidando la equidad en el acceso a la alta tecnología y mejorando la calidad asistencial y la seguridad de pacientes y profesionales⁴⁶.

-La Estrategia de Salud Pública 2022⁴⁷, primera hoja de ruta común que servirá de marco de referencia a todos los agentes implicados en el territorio nacional en materia de salud pública y también de enlace con las políticas internacionales que se desarrollen en dicho ámbito. Dicha Estrategia se complementa con la Estrategia de Vigilancia en Salud Pública del Sistema Nacional de Salud (2022)⁴⁸, que crea el marco para el Desarrollo de unos sistemas de vigilancia avanzados y homogéneos que permitan medir la situación de salud de la población y la de sus determinantes asegurando que la protección de la salud se distribuya de forma equitativa entre la ciudadanía. Y también con la puesta en marcha de los Laboratorios Nacionales de Referencia.

- La Estrategia de Salud Mental 2022-2026⁴⁹, cuyo objetivo es el de proporcionar a la población una herramienta útil para la mejora de su salud mental desde una perspectiva de derechos humanos, promoviendo un modelo de atención integral y comunitario que favorezca la recuperación e inclusión social. Dicha Estrategia se ha concretado en un

⁴⁵ Gobierno de España. Plan de Digitalización de las Administraciones Públicas 2021-2025, pp.1-61. Disponible en: https://portal.mineco.gob.es/RecursosArticulo/mineco/ministerio/ficheros/210127_plan_digitalizacion_administraciones_publicas.pdf (Accedido: 16-6-2023).

⁴⁶ Gobierno de España. Ministerio de Sanidad p.5. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/PlanINVEAT/pdf/Plan_INVEAT.pdf (Accedido: 16-6-2023).

⁴⁷ Gobierno de España. Ministerio de Sanidad. Agosto 2022. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pdf/Estrategia_de_Salud_Publica_2022_Pendiente_de_NIPO.pdf (Accedido: 16-6-2023).

⁴⁸ Gobierno de España. Ministerio de Sanidad. Junio 2022. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/vigilanSP/doc/estrategiaVigilanciaSaludPublica.pdf> (Accedido: 16-6-2023).

⁴⁹ Gobierno de España. Ministerio de Sanidad. Documento aprobado por el Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 2-12-2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/29236_estrategia_de_salud_mental_del_Sistema_Nacional_de_Salud_2022-2026.pdf (Accedido: 16-6-2023).

primer período en una serie de acciones prioritarias en el Plan de Acción Salud Mental 2022-2024⁵⁰.

-La Estrategia en Salud Cardiovascular (ESCAV) 2022⁵¹, que contiene un conjunto de objetivos y acciones para la mejora de la salud cardiovascular de la población.

-El Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente (PESMA) 2022-2026⁵², que establece una serie de objetivos para disminuir los riesgos para la salud de la población derivados de factores medioambientales e identificar y evaluar los nuevos riesgos y problemas emergentes. Dicho Plan se ha concretado en una serie de actuaciones prioritarias en el primer Programa de Actuación para el período 2022-2023⁵³.

-El PERTE Salud de Vanguardia, un proyecto estratégico que comenzó en noviembre de 2021⁵⁴ para desarrollar procedimientos innovadores al objeto de mejorar la prevención, el diagnóstico, el tratamiento o la rehabilitación de los pacientes como la medicina de precisión o la medicina de forma personalizada. Su finalidad es realizar una transformación del sector salud con acciones en las que la ciencia, la innovación y la digitalización actúen de modo conjunto para afrontar los nuevos retos sanitarios.

La disolución de las Cortes Generales, tras el adelanto electoral de diciembre de 2023 a julio de 2023, ha afectado a la tramitación normativa de un conjunto normativo en el que destacamos especialmente dos normas de contenido sanitario. Por un lado, el Proyecto de Ley para la creación de una futura Agencia Estatal de Salud Pública, en la que se integraría el Sistema de Vigilancia de Salud Pública. Y por otro, el Proyecto de Ley por el que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud para, según se dice en su exposición de motivos,

avanzar hacia una cultura social que incluya la salud en todas las políticas, abordando de forma integrada las necesidades de protección de salud de la población para dar respuestas en el presente y en el futuro a los retos demográficos, ambientales, sociales, tecnológicos y económicos.

El contenido de esta última norma resulta de especialmente destacable, por cuanto que con ella se introducen modificaciones normativas y otros aspectos que persiguen:

⁵⁰ Gobierno de España. Ministerio de Sanidad. Dirección General de Salud Pública, 9-5-2022. Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/PLAN_ACCION_SALUD_MENTAL_2022-2024.pdf(Accedido: 16-6-2023).

⁵¹Gobierno de España. Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Estrategia_de_salud_cardiovascular_SNS.pdf(Accedido: 16-6-2023).

⁵² Gobierno de España. Ministerio de Sanidad y Ministerio para la Transición Ecológica y Reto Demográfico. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pesma/docs/241121_PESMA.pdf(Accedido: 16-6-2023).

⁵³Gobierno de España. Ministerio de Sanidad y Ministerio para la Transición Ecológica y Reto Demográfico. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pesma/docs/1er_PA_PESMA.pdf(Accedido: 16-6-2023).

⁵⁴ Gobierno de España. PERTE. Salud de Vanguardia, Resumen Ejecutivo. Disponible en: https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Documents/2021/151121-resumen_ejecutivo_perte_para-la-salud-de-vanguardia.pdf(Accedido: 16-6-2023).

- Solucionar los problemas interpretativos suscitados desde finales de la década de los 90 a raíz de la L. 15/1997, de 25 de abril sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud (BOE 26-4-1997), respecto a la gestión privada de la sanidad pública. Con esta reforma se pretende blindar el sistema sanitario público como un modelo de gestión directa.

- Implantar evaluaciones de impacto en salud en la elaboración de normas sectoriales que afecten a las cuestiones de: salud, vivienda, educación, medio ambiente, transporte, ordenación del territorio, salud laboral, agricultura y producción de alimentos y salud animal y vegetal.

-Asegurar que todas las personas que viene en España tengan acceso efectivo a todos los centros sanitarios del SNS.

- Unificar la cartera común de servicios del SNS y garantizar la no introducción de nuevos copagos sanitarios.

- Mejorar la coordinación entre los servicios sanitarios y sociales.

-Posibilitar el desarrollo reglamentario del Fondo de Garantía Asistencial (fondo extrapresupuestario destinado a la compensación entre las CCAA y el INGESA -en el caso de las ciudades de Ceuta y Melilla- por las actuaciones que sus servicios de salud realicen en el marco de la aplicación de la cartera común básica de servicios asistenciales y de la suplementaria a las personas titulares del derecho en el SNS en sus desplazamientos temporales).

- Adecuar el régimen de copago farmacéutico a los titulares del derecho regulado en el art. 102 del RDL 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 (BOE 25-7-2015).

-Homogeneizar los colectivos exentos de aportación farmacéutica y ortoprotésica.

-Crear el consorcio de la Red española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS (RedETS) para potenciar el desarrollo de sus actividades de evaluación y posicionarla como ejemplo de cogobernanza a nivel nacional e internacional.

De todo lo hasta aquí contemplado puede decirse que la acción española en el ámbito de la protección de la salud contribuye al cumplimiento del objetivo nº 2 (salud y bienestar) de la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible. También contribuye al cumplimiento de los principios nº 16 (sanidad) y 18 (cuidados de larga duración) del Pilar Europeo de Derechos Sociales.

Y de la actividad descrita también puede afirmarse dos cosas. Una, que se avanza hacia el tratamiento de la salud y de la sanidad desde una perspectiva transversal e integrada en todas las políticas. Y dos, que no se aprecia que el MAC, como práctica de buena gobernanza, haya servido para introducir cambios de corte neoliberal en el modelo sanitario español, sino para introducir acciones que, en consonancia con los objetivos comunes, se dirigen a corregir sus desequilibrios.

6. Reflexión final

La crisis de salud pública causada por la COVID-19 y sus efectos puso a prueba los sistemas sanitarios y del bienestar, las economías, las sociedades y la forma de vivir mostrando sus debilidades. También la forma de trabajar por una Europa sólida y fuerte que avance hacia el futuro y que afronte los retos que se le presente.

En este contexto la UE contaba con unas herramientas jurídicas limitadas para afrontar la crisis sanitaria, estas son, las previstas en los arts. 6 y 168 TFUE. Apoyo, complementariedad y coordinación a una competencia que en el ámbito de la salud ejercen los Estados miembros (Arcos Vargas, 2020: 59-60). Sin embargo, la pandemia ha mostrado que para hacer frente a esta crisis y salir reforzado de ella las acciones unilaterales de los Estados desviadas del marco común de objetivos no tienen cabida al quedar patente la limitación de la acción estatal en la consecución de tales propósitos. La unión de los Estados miembros y la evolución hacia una mejor cooperación y coordinación favorecida por la Comisión Europea está permitiendo reparar los daños y preparar el futuro para la próxima generación⁵⁵.

Y esta es una de las enseñanzas que se extrae de esta crisis, la capacidad de Europa para actuar frente a la adversidad y la potencialidad de los Tratados. En particular de la acción coordinada como instrumento clave para el futuro de la UE, para el funcionamiento correcto y justo de los mercados laborales y de los sistemas de bienestar de la Europa del siglo XXI. Solidaridad, cohesión y convergencia marcan la senda de la recuperación de Europa⁵⁶. Y con estas bases y de los documentos analizados entendemos que el MAC aporta soluciones beneficiosas para Europa, porque permite la convergencia hacia objetivos comunes respetando la diversidad nacional y regional. El aprendizaje que se obtiene de la pandemia es que el MAC, como método de buena gobernanza, sale reforzado. Coincidimos, por tanto, con quienes defienden que la gobernanza de Europa es compleja y que admite diversos instrumentos de gobernanza (duros y blandos) que se complementan entre sí (Sabel *et al.*, 2008: 271-327). Asimismo, compartimos la idea de que la modernización de los sistemas sanitarios europeos no implica necesariamente su liberalización, sino la búsqueda de las mejores soluciones a problemas comunes (Hervey, 2008:15). Las tradicionales funciones de promoción y protección de la salud propias de los sistemas sanitarios han de ser robustecidas con productos, procedimientos innovadores y soluciones digitales, a la vez que complementadas con otras funciones que respondan a los nuevos retos medioambientales, demográficos y socioeconómicos.

El cumplimiento de los ODS y del Pilar Europeo de Derechos Sociales coloca a la salud y la sanidad en un lugar clave dentro de las políticas de la UE, que han de tender a la búsqueda de soluciones coordinadas manteniendo el enfoque transversal de la salud y de la sanidad en todas sus acciones y respetando las competencias nacionales en este ámbito.

Por lo que respecta al sistema sanitario español y al cumplimiento del Principio nº 16 del Pilar Europeo de Derechos Sociales, “Toda persona tiene derecho a un acceso oportuno a una asistencia sanitaria asequible, de carácter preventivo, curativo y de alta

⁵⁵ COM (2020) 493 final de 9-9-2020, op.cit.. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020DC0493&from=ES>

⁵⁶ COM(2020) 456 final de 27-5-2020, op.cit.. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020DC0456&from=EN>

calidad” la crisis sanitaria, a semejanza de lo que ha sucedido en el resto de los Estados miembros, puso de manifiesto sus debilidades⁵⁷. Y de ahí la necesidad de reforzar sus capacidades en los ámbitos que se recogen en el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (PRTR, 2021:28) con un conjunto de medidas que, coordinadas con las CCAA persigan corregir los desequilibrios del pasado, mejorar la resiliencia del sistema sanitario y afrontar los retos de futuro a la luz de las Megatrends Hub y en la línea con los objetivos fijados por el método de coordinación abierta.

7. Bibliografía

ARCOS VARGAS, María Cruz (2020) “La respuesta de la Unión Europea al Covid-19”, *Pandemia y Derecho. Una visión multidisciplinar*, Laborum.

CAIRÓS BARRETO, Dulce María (2015) “Las orientaciones europeas en materia de pensiones: adecuación, sostenibilidad y seguridad” *Revista Documentación Laboral n° 103, Vol.I.*, pp.213-237. Disponible en: [https://www.aedtss.com/wp-content/uploads/dl/N103/13%20Las%20orientaciones%20europeas%20en%20materia%20de%20pensiones%20\(Cair%C3%B3s%20Barreto\).pdf](https://www.aedtss.com/wp-content/uploads/dl/N103/13%20Las%20orientaciones%20europeas%20en%20materia%20de%20pensiones%20(Cair%C3%B3s%20Barreto).pdf) (Accedido: 4-2-2023).

FERNANDEZ DOMINGUEZ, Juan José, DOMINGUEZ FERNANDEZ, Guillermo, GARCÍA VIÉITEZ, Juan José (2020) “La “Avocación” de competencias sanitarias y de salud pública por la Unión europea durante la pandemia causada por el coronavirus SARS-CoV-2”, *Revista de Derecho de la Seguridad Social*, Estudios Doctrinales n° 25 (4° trimestre), Edit. Laborum, pp. 35-60. Disponible en: <https://revista.laborum.es/index.php/revsegsoc/article/view/431> (Accedido: 2-1-2023).

GÓMEZ MUÑOZ, José Manuel (2021) “La acción de la Unión Europea durante la pandemia de SARS-COV-2”, en *Nuevos escenarios del sistema de relaciones laborales derivados del COVID19*, Bomarzo. pp. 65-92.

HATZOPOULOS, Vassilis (2007) “Why the Open Method of Coordination Is Bad For You: A Letter to the EU”, *European Law Journal*, Vol. 13, N°3, pp.309-342. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-0386.2007.00368.x> (Accedido:15-11-2022).

HERNÁNDEZ BEJARANO, Macarena (2021) “Gestión del personal sanitario y medidas excepcionales”, en *Nuevos escenarios del sistema de relaciones laborales derivados del COVID19*, Bomarzo. pp. 367-404.

HERVEY, Tamara K. (2008) “La gobernanza de la sanidad en la Unión Europea y la agenda de modernización del bienestar”, pp.1-17. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1748-5991.2007.00028.x> (Accedido: 2-1-2023).

LÓPEZ BASAGUREN, Alberto (2022) “El Derecho Primario de la UE. La protección de los Derechos Fundamentales en la UE”, en *Instituciones y Derecho de la Unión Europea, Vo.II, Derecho de la Unión Europea, 4ª edic.*, Tirant lo Blanch.

⁵⁷ OECD/European Commission. State of Health in the EU.España.Perfil sanitario nacional 2021. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/3d1c2ed2-es.pdf?expires=1669552309&id=id&accname=guest&checksum=F98CEE8C295DEFF470B12740CABA2612>

MANGAS MARTÍN, Araceli y LIÑÁN NOGUERAS, Diego J. (2020), *Instituciones y Derecho de la Unión Europea*, 10ª edic., Tecnos,

MARTÍNEZ YÁÑEZ, Nora M. (2015) “La coordinación de las políticas sociales y de empleo en el vórtice de la gobernanza económica europea”, *Revista de Derecho Comunitario Europeo*, nº52, Septiembre/diciembre, p. 949-984. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/RDCE/article/view/42562/0>

PÉREZ MENAYO, Vicente (2004) “El método abierto de coordinación en la UE. ¿Una fórmula institucional de evaluación?”. *Gestión y Análisis de Políticas Públicas* nº 30/31, pp.71-98. Disponible en: <https://revistasonline.inap.es/index.php/GAPP/article/view/375>(Accedido:8-9-2023).

POCHET, Philippe (2001) “Méthode ouverte de coordination et modèle social européen “ Institut d’études européennes. Université de Montréal. Note de recherche nº 03/01, pp.1-18. Disponible en: http://www.iee.umontreal.ca/publicationseng_fichiers/COLLOQUE2001/Texte-Pochet.pdf (Accedido:3-5-2023).

RAVELLI, Fabio (2015) “Il metodo aperto di coordinamento da Lisbona 2000 a Europa 2020, tra promesse mantenute e promesse mancate “. *Le fonti del diritto del lavoro tra ordinamento sovranazionale e ordinamento interno*, G. Giappichelli Editore-Torino, pp.1-14.

ROBLES CARRILLO, Margarita. (2005) ”La coordinación de políticas nacionales en el marco de la Unión Europea”, *Revista Electrónica de Estudios Internacionales*, nº 10., pp.1-62-Disponible en: <http://www.reei.org/index.php/revista/num10/articulos/coordinacion-politicas-nacionales-marco-union-europea>. (Accedido:1-10-2023).

ROBLES CARRILLO, Margarita (2011) “El método abierto de coordinación tras el Tratado de Lisboa”, *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración* nº 92, Gobierno de España, pp.283-325. Disponible en <https://app.vlex.com/#vid/333993342> (Accedido:1-10-2023).

RODRIGUEZ-PIÑERO, Miguel (2010) “Il funzionamento del Metodo aperto di coordinamento della politica sociale“, *Lavoro, Welfare e Democrazia Deliberativa*. Giuffrè Editore, pp.235-260.

SABEL, Charles F., ZEITLIN, Jonathan (2008) “Learning from difference: The New Architecture of Experimentalist Governance in the EU“ *European Law Journal*, Vol.14, nº 3, pp.271-327. Disponible en: https://scholarship.law.columbia.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2527&context=faculty_scholarship (Accedido:10-3-2023).

TOULEMONDE, J. (2010) “Una evaluación del Método Abierto de coordinación de las políticas de los Estados miembros de la Unión Europea”, *Gestión y Análisis de Políticas Públicas* nº 4, pp.53-78. Disponible en: <https://revistasonline.inap.es/index.php/GAPP/article/view/438> (Accedido:3-5-2023).

