

Descentralización sanitaria, triunfo del nacionalismo y gestión de la COVID-19 en España

Recibido 19 enero 2022-Aceptado 18 marzo 2022

Octavio Velayos González*
Universidad de Salamanca, España
octavio@usal.es
Sergio Martín Guardado**
Universidad de Salamanca, España
martinguardado@usal.es

RESUMEN: Este trabajo pretende abordar la conmoción provocada por la pandemia acaecida por el SARS-Cov-2, dada la afectación de la salud pública y, también, del Sistema Nacional de Salud. Es evidente que la COVID 19 marcará un antes y un después en la sanidad española, donde será necesaria una reorganización de esta en torno al Sistema Nacional de Salud. A través de la dotación de recursos, reformas en la gobernanza, la gestión y organización. La crisis de salud pública ha desbordado la capacidad del sistema sanitario debido, en gran parte, a sus carencias organizativas, así como de sus sistemas de información y, sobre todo, por una gobernanza carente de coordinación y

ABSTRACT: This work aims to address the shock caused by the pandemic caused by SARS-Cov-2, given the impact on public health and, also, on the National Health System. It is evident that COVID 19 will mark a before and after in Spanish healthcare, where it will be necessary to reorganize it around the National Health System. Through the provision of resources, reforms in governance, management and organization. The public health crisis has overwhelmed the capacity of the health system due, in large part, to its organizational shortcomings, as well as its information systems and, above all, due to a governance that lacks coordination and inter-autonomous

* Profesor de Derecho Constitucional en la facultad de Derecho de la Universidad de Salamanca.

** Profesor de Derecho Constitucional en la facultad de Derecho de la Universidad de Salamanca.

cooperación sanitaria interautonómica. La inexistencia de un Sistema Nacional de Salud que reforzara el Ministerio de Sanidad y le otorgase solidez y capacidad de coordinación y cooperación, sí; pero también, la falta de una capacidad normativa que permita crear un sistema de información independiente, ajeno a los intereses autonómicos; han sido las principales causas. Con su creación, pretende aprenderse del error. A ello, puede unirse también la creación de reservas nacionales de carácter estratégico de material crítico, una red sólida de hospitales nacionales, con una clara estrategia en materia de investigación sanitaria. Una reorganización estatal permitiría una presencia mucho más activa y fuerte en el escenario mundial, especialmente en el marco de la OMS y en el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades. Primará así la cooperación internacional y la diplomacia sanitaria que, a partir de esta tragedia, deberá plantearse como una parte de importancia estratégica capital para las relaciones exteriores. Este motivo ha llevado a dos constitucionalistas aun cuando se desconocen con exactitud las consecuencias catastróficas de la pandemia a plantear debates y propuestas sobre la descentralización de la sanidad y cuáles son los retos que habremos de abordar en un futuro muy próximo.

Palabras clave: Sanidad, Covid-19, Descentralización Política, Descentralización Territorial.

health cooperation. The non-existence of a National Health System that reinforces the Ministry of Health and gives it solidity and capacity for coordination and cooperation, yes; but also, a regulatory capacity that allows the creation of an independent information system, alien to regional interests; has been the cause of causes. With its creation, it intends to learn from the error, to which can also be added the creation of strategic national reserves of critical material, a solid network of national hospitals, with a clear strategy in health research. A state reorganization would allow a much more active and strong presence on the world stage, especially within the framework of the WHO and the European Center for Disease Prevention and Control. Thus, international cooperation and health diplomacy will prevail, which, after this tragedy, should be considered as a part of capital strategic importance for foreign relations. This reason has led two constitutionalists, even when the catastrophic consequences of the pandemic are unknown, to raise debates and proposals on the decentralization of health and what are the challenges that we will have to address in the very near future.

Keywords: Health, Covid-19, Political Decentralization, Territorial Decentralization.

SUMARIO: Introducción. 1. Una descentralización de inspiración nacionalista: causa del desmantelamiento del Sistema Nacional de Salud ante la ausencia de mecanismos de control y coordinación. 2. La descentralización sanitaria en las primeras sentencias del Tribunal Constitucional y su relación con la puesta en marcha de un proceso de “construcción nacional”. 3. La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud: una oportunidad perdida. 4. El Estatuto de Autonomía de Cataluña de 2006 o la quiebra del principio de solidaridad: su impacto sobre la cohesión. 4.1. La financiación autonómica, cuestión clave en la descentralización sanitaria. 4.2. Afectación del principio de solidaridad y el fin de la equidad sanitaria. Conclusiones. Fuentes de consulta.

Introducción

El Ministerio de Sanidad en España ha sufrido las consecuencias de una descentralización irreflexiva, que es resultado de un camino político que se emprende para satisfacer los intereses de las élites nacionalistas. Ello ha terminado mostrando como la imprevisión iba a tener consecuencias en la gestión de la pandemia que ha provocado el COVID-19. El Ministerio no tenía capacidad técnica ni humana para hacer frente al desastre sanitario. La descentralización que a golpe de demandas nacionalistas se fue consolidando, carente de coordinación coherente y sin mecanismos de control que asegurasen la equidad y eficiencia, estaba teniendo un coste elevadísimo en vidas. A pesar de las numerosas órdenes ministeriales publicadas en el BOE por el Ministro de Sanidad, que trataba de dar uniformidad a las actuaciones de las Administraciones Públicas de todo el territorio nacional y, a pesar de establecerse mediante el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declaraba el estado de alarma: “cada administración conservara las competencias que le otorga la legislación vigente en la gestión ordinaria de sus servicios para adoptar las medidas que estime necesarias en el marco de las órdenes directas de la autoridad competente a los efectos del estado de alarma”.

No se pudo evitar un bloqueo en la actuación de las diversas administraciones, que se limitaban a seguir las instrucciones que de forma paternal publicaba el Estado, sumidas en un gran desconcierto y falta de coordinación ante la situación generalizada de ausencia de medidas de protección y test diagnósticos. Esta descoordinación terminó generando enormes confusiones en materia de competencias, en cuanto a lo siguiente: a quién correspondía la compra de materiales, cómo y a quién concernía el cómputo de fallecidos por el coronavirus en los centros de mayores y residencias y su gestión, quién gestionaba al personal, etc. Esta situación grave de colapso del Ministerio de Sanidad dio lugar a protocolos de priorización, es decir, el triaje inspirado en medicina de catástrofes, estableciendo criterios de quién se beneficiaría de los escasos recursos médicos -un ejemplo de ello fueron las recomendaciones publicadas por el Grupo de Trabajo de Bioética de la

Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias, bajo el título “Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia COVID-19 en las unidades intensivas”. La descentralización obligó al Gobierno a recurrir a mecanismos constitucionales excepcionales para afrontar esta crisis sanitaria para intentar evitar el colapso de los servicios sanitarios. Sin embargo, la excepcionalidad no evitó el colapso en que desembocó en dicho triaje.

1. Una descentralización de inspiración nacionalista: causa del desmantelamiento del Sistema Nacional de Salud ante la ausencia de mecanismos de control y coordinación

Aunque resulta obvio que nuestro modelo constitucional de convivencia se ha visto sometido a una clara pulsión y estrés, que ni los constituyentes ni los legisladores ulteriores pudiesen imaginar, resulta innegable la necesidad de realizar un examen crítico de la descentralización, especialmente en el ámbito de la sanidad. Ello sí, con la prudencia especial a que obliga la circunstancia de que la crisis sanitaria no haya terminado aún, sin que pueda entonces hacerse un pleno diagnóstico de lo sucedido.

No obstante, siendo conscientes de ello, resulta evidente que nuestro modelo de Estado ha tenido una lenta gestación y ha estado sometido a constantes demandas nacionalistas, situándose en un proceso de permanente construcción. Lo que ha desembocado en la falta de claridad competencial, que se une a la inexistencia de mecanismos de control por parte del Estado. En base a esto, la descentralización de la sanidad pública española no se pensó, ni se realizó porque se hubiera llegado a una convicción política de que la prestación del servicio iba a ser mejor. Solo así puede explicarse como la generalización de las transferencias se negoció en menos de seis meses, con acuerdos financieros de mínimos, en ausencia de marcos legales explícitos en los ámbitos de la coordinación y del desarrollo de normativa básica. Un cúmulo de despropósitos, fruto de la mera satisfacción del efecto de imitación que suscitaban las reivindicaciones nacionalistas. Aquello acabó socavando el papel natural de la sanidad como factor de cohesión social en el ámbito nacional.

La descentralización sanitaria en España se remonta al año 1982, cuando ya aprobados los Estatutos de autonomía de Cataluña y País Vasco se iniciaría una batalla constitucional sobre el grado de control asociado a las competencias de coordinación sanitaria del Gobierno de la Nación. Esto hará que la sanidad pública se utilizará en un proceso de construcción nacional periférica, donde los datos sobre la salud y la sanidad quedaron de facto en propiedad de los intereses políticos nacionalistas. Al resultar, especialmente útil, la valoración ciudadana de su sanidad pública como principal argumento de legitimación política (Rodríguez, 1987). Este proceso descentralizador a golpe de reivindicaciones nacionalistas podría disparar las desigualdades interterritoriales, ya que en el campo de la

salud hablamos de desigualdades que realmente importan, en tanto que afectan a las personas y no a los territorios (Lago Montero, 2008).

La distribución constitucional de competencias sanitarias asignó al Estado la dirección de los aspectos considerados básicos y su coordinación. Para ello, la Ley General de Sanidad del año 1986, en coherencia con nuestro estado autonómico dio respuesta a esas previsiones atribuyendo las competencias a las Comunidades Autónomas. En particular, el art. 50 LGS dispuso la constitución en cada Comunidad Autónoma un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia administración autonómica como los de Diputaciones o Ayuntamientos y cualesquiera otras administraciones territoriales o intracomunitarias. El principio de integración en el fundamento organizativo que iba a suponer la Ley General de Sanidad buscaba la integración de todas las funciones sanitarias mediante la articulación de la salud pública; la integración de medios y recursos públicos con un dispositivo único, de modo que se unificaran todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios públicos; y, por último, la integración organizativa con la creación del Sistema Nacional de Salud, formado por los servicios de salud que se crearon en cada Comunidad Autónoma.

Este marco saltó por los aires cuando la ley catalana 15/1990 sostenía: “la presente ley tiene por objeto la ordenación del sistema sanitario de Cataluña. El servicio catalán de salud se encargará de su organización y ordenación”. El efecto imitación de esta ley, que buscaba socavar las funciones directoras del Estado no se hizo esperar: Navarra (art. 12, Ley 10/1990); Castilla y León (art. 1, 3 y 7, Ley 1/1993) y, así, sucesivamente todas las demás Comunidades Autónomas. Pero se fue un paso más allá, en relación con otra Comunidad Autónoma paradigmática en el asunto de la descentralización, País Vasco, con la Ley 8/1997 que le otorgó la planificación del sistema, el aseguramiento y la contratación de servicios sanitarios y la prestación de servicios. Por todo ello, la Ley General de Sanidad, que nació buscando la coordinación y la equidad en la organización de la Sanidad Pública en España, bajo el principio de integración orgánica, quedaba derrumbado por las pretensiones del nacionalismo. El Estado actuó aquiescentemente, renunciando al ejercicio legítimo de ser garante del equilibrio y la justicia social en el resto de las autonomías (Permán Gavín, 2005). Desigualdad, en definitiva, que empezará rápido a partir de las mejoras de las prestaciones básicas, sobre todo en el País Vasco y Navarra, que ofrecerán un número mayor de las que ofrecen las comunidades autónomas del régimen común, al cubrir atención infantil, tocoginecología o la planificación familiar. Lo que hará que en el período 1992-1998 (Ayala, 2005) - si bien, en el periodo 1970-1990, el país entra en una etapa de reducción de la desigualdad personal de la renta y la pobreza en España, esa tendencia se paraliza significativamente desde principios de los 90-, lo que evidencia empíricamente como la descentralización aumentará sensiblemente el gasto sanitario público en aquellas regiones

con más renta *per capita*, es decir, Cataluña y el País Vasco, con una mayor capacidad de gasto (González López-Valcarcel y Barber Pérez, 2006).

A pesar de que la desigualdad era cada vez mayor, se culminaba la transferencia de la asistencia sanitaria pública a las Comunidades Autónomas que accedieron por vía del art. 143 CE al autogobierno. De esta forma, la estructura del sistema sanitario soportaba a partir del año 2002 un cambio cualitativo y trascendental. El Sistema Nacional de Salud quedaría formado por diecisiete sistemas autonómicos de salud con toda la diversidad inherente a las políticas propias que cada una de ellas desarrollaría, lo que iba a exigir un ensamblaje y una armonización, a través de altas dosis de coordinación. Todas ellas difícilmente inimaginables, lo que pondrá a prueba la cohesión social, los principios de equidad, la solidaridad interterritorial y la igualdad efectiva del resto de nuestro sistema sanitario.

Se desprendía desde entonces la necesidad de que el Estado invocara su capacidad para regular el establecimiento de las condiciones básicas que garantizaran la igualdad de todos los españoles (art. 149.1. 1ª CE) en el ejercicio de los derechos previstos en los arts. 43 y 51 CE. Buscando fijar “las condiciones básicas de igualdad”, las funciones de “coordinación general sanitaria” y de “Alta Inspección” (STC 32/1983), dada la conexión del art. 43 CE (salud pública) con el título competencial del art. 149.1.1ª CE (ex art. 15 CE). Solo así los ciudadanos tendrían garantizado el acceso en condiciones de igualdad a las prestaciones sanitarias en los distintos niveles asistenciales, con la posibilidad cierta de controlar y evaluar la correcta interpretación de las normas estatales en su ejecución por parte de las Comunidades Autónomas, en su interrelación con la legislación básica del Estado (Antequera Vinagre, 2020).

2. La descentralización sanitaria en las primeras sentencias del Tribunal Constitucional y su relación con la puesta en marcha de un proceso de “construcción nacional”

De manera sorprendente, esta búsqueda de coordinación y de cumplimiento de las condiciones básicas de igualdad fue derrumbada a golpe de sentencias del Tribunal Constitucional, a partir de la STC 14/1998:

por tanto, la igualdad de derechos y obligaciones en su aspecto territorial no puede ser entendida en términos tales que resulten incompatibles con el principio de descentralización política del Estado, pues ello impediría el ejercicio por las Comunidades Autónomas de las competencias que tienen atribuidas.

Confirmándose en la STC 188/2001: “en todo caso, las condiciones básicas han de ser las imprescindibles o necesarias para garantizar esa igualdad que no puede consistir en una igualdad formal absoluta”. Esta falta de igualdad, en el acceso a la sanidad, estaba disparando exponencialmente la desigualdad sobre todo en las regiones más pobres del país: Canarias, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Andalucía o Extremadura; que veían

como sus sistemas sanitarios se deterioraban por problemas de uniformidad de las prestaciones, una financiación insuficiente, compromisos sin partida presupuestaria y un creciente gasto farmacéutico. La retribución del personal crecerá también por una emulación al alza entre las diferentes Comunidades Autónomas (Sevilla Segura, 2014), ante una inexistente coordinación e integración del Estado, al que se había forzado a abandonar la solidaridad interterritorial en materia sanitaria, en los términos que mandata el art. 158.1 CE (Solózabal Echevarría, 2005).

La descentralización fue generando una fuerte inercia del gasto sanitario, en crecimiento por encima del crecimiento nominal del PIB. Esto debido a un importante déficit no reconocido, fruto de la opacidad del sistema de información sobre el gasto público de las Comunidades Autónomas (Puig Jugnoy, Castellanos y Planas, 2005). Lo que demuestra con crudeza que el acuerdo fraguado en el año 2001, por el que se generalizó el traspaso de competencias sanitarias a todas las Comunidades Autónomas, se olvidó de desarrollar los diseños legislativos e institucionales que garantizaran una coordinación efectiva del Sistema Nacional de Salud, donde el Estado ejerciera su labor constitucional de equilibrio y eficiencia.

El proceso de construcción nacional en que se convertirá la descentralización terminará provocando conflictos jurídicos y políticos entre las Comunidades Autónomas. Confirmando la debilidad imparable del papel redistribuidor del Estado en los servicios públicos esenciales, como era la sanidad, que se desligaba de los principios de universalidad de las prestaciones, la igualdad efectiva en el acceso y, la posibilidad de superar los desequilibrios territoriales, que empezaban a ser preocupantes (Freire, 2005). Lo más preocupante de la descentralización de inspiración nacionalista era la información fragmentada y por Comunidades Autónomas que se instauraría al disponerse de un sistema de información general que haría imposible la comparación simultánea y homogénea del conjunto de la organización sanitaria (Rodríguez-Vigil Rubio, 2012).

El Estado pasará a ser un mero espectador de la descentralización sanitaria, quedando ratificado por la STC 188/2001: “el art. 149.1. 1ª CE constituye un título competencial autónomo, positivo o habilitante, constreñido al ámbito normativo, lo que permite al Estado una regulación, aunque limitada a las condiciones básicas que garanticen la igualdad, que no el diseño completo y acabado de su régimen jurídico, por lo que el art. 149.1. 1ª CE no debe ser entendido como una prohibición de divergencia autonómica”. Debido a esta sentencia, el Estado, en materia de sanidad, únicamente podrá fijar una regulación mínima que únicamente asegurará el ejercicio del derecho a la salud, vaciando el aseguramiento del principio de igualdad de todos los españoles en el ejercicio de sus derechos y en el cumplimiento de sus obligaciones en todo el territorio nacional (cfr. art. 139.1 CE) (Solózabal Echevarría, 2011). A pesar de que el Ministerio de Sanidad contaba con la supervisión del Sistema Nacional de Salud para establecer los umbrales mínimos de gasto y

calidad de los servicios y la Alta Inspección de los diecisiete servicios autonómicos de salud, no se traducirá sino en un saco roto: no rendirán cuentas en relación de jerarquía ante la Administración General del Estado, sino que lo harán a través de una rendición de cuentas en sede de los parlamentos autonómicos. El Consejo Interterritorial de Salud, falto de potestades frente a las Comunidades Autónomas lo relegará a un órgano de propuestas y recomendaciones, sin capacidad alguna para cumplir sus acuerdos. Este problema se agravará con la falta de planificación estatal, pues la competencia de planificación es de las Comunidades Autónomas, que se ejerce a través de la elaboración de planes de salud a través de las consejerías competentes. Todo ello a pesar de preverse para el Estado en la LGS. Así los planes estratégicos y de infraestructuras serán autonómicos, a los que no se acompañará un plan nacional claro y solvente.

Este proceso de vaciado competencial dará todavía un paso más. La comunicación obligatoria de datos a la Administración General del Estado era percibida por parte de las administraciones autonómicas como un vestigio del central y una tutela ejercida desde el Ministerio de Sanidad, que debía reducirse al máximo. Esta visión regionalista y nacionalista de la descentralización tuvo como consecuencia una escasez de datos en el Sistema Nacional de Salud en su conjunto, poniendo en grave peligro la capacidad para afrontar cuestiones como la movilidad de los pacientes por su territorio, la cooperación entre Comunidades Autónomas vecinas, la asignación de recursos y, la falta de estrategias nacionales, que terminó desembocando en una descoordinación cada vez más peligrosa y contraria a las capacidades de cooperación. Una falta de equidad en el Sistema Nacional de salud que terminará provocando la falta de organismos o herramientas de gobierno adaptadas a la nueva arquitectura descentralizada provocando, entre otros efectos: la falta de servicios comunes de prestaciones; una distribución desequilibrada de fondos, al carecer de un Sistema Nacional en términos de información, capaz de abarcar tanto a nivel autonómico como nacional que se dotara de una transparencia en torno al seguimiento de los resultados; y, una asignación equitativa de los recursos en todo el territorio nacional (Vaquer Caballería, 2004). Era incuestionable que el Estado sin información real iba a poder realizar su labor sanitaria al carecer de mecanismos de redistribución efectivas que garantizaran un nivel mínimo de prestaciones sanitarias para todos los ciudadanos con independencia de su ámbito territorial (Solórzabal Echevarría, 2006).

De esta forma, el art. 149.1. 18ª CE, que atribuía al Estado de forma exclusiva las bases de la sanidad, terminará desdibujándose, configurando un modelo competencial descentralizado. Lo que supone el fin de que el acceso de los españoles a los servicios de salud se hiciese en términos de igualdad material o efectiva, lo que podría haber hecho del Sistema Nacional de Salud una garantía del derecho a la salud pública -y así, lo básico terminará siendo un límite intolerable para el Estado en defensa del interés general, lo que será defendido por algunas de las Comunidades Autónomas y respaldado por la

jurisprudencia del Tribunal Constitucional (SSTC 102/1995, FF.JJ. 8º y 9º; 197/1996, F.J. 5º; 223/2000, F.J. 6º; 98/2004, F.J. 6º; 32/2006, F.J. 5º y 22/2012, F.J. 3º)-.

Ante este vaciamiento competencial, al Estado, como garante del interés general, solo le quedará la coordinación general atribuida como competencia exclusiva en el art. 149.1. 16ª CE. Un título competencial que la jurisprudencia constitucional entendió perseguía la integración de la diversidad de las partes o subsistemas en el conjunto, evitando contradicciones y reduciendo disfunciones (SSTC 194/2004, F.J. 7º; 173/2005, F.J. 1º y 32/2006, F.J. 5º). Nuevamente esta coordinación general como competencia exclusiva fue desactivada por el Tribunal Constitucional y la legítima defensa del interés general, a salvaguardar por el Estado, al señalar en la STC 54/1990, en su F.J. 3º: “dicha competencia de coordinación no puede amparar el vaciamiento de las competencias ejecutivas de las Comunidades Autónomas, las cuales dispensan y gestionan el servicio sanitario público, sin que pueda verse entorpecida su labor de organización por la intromisión estatal”. De esta forma, el papel del Estado no era el de la dirección y planificación con objetivos comunes, pues como sostendrá el Máximo Intérprete de la Constitución, no podía “servir de instrumento para asumir competencias autonómicas, ni siquiera respecto de una parte del objeto material sobre el que recaen” (STC 111/2012, F.J. 8º).

3. La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud: una oportunidad perdida

En vista de este panorama de descoordinación del Sistema Nacional de Salud, nació la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (en adelante, LCC), que intentó aclarar la cartera de servicios y los derechos de los ciudadanos en toda España. Por desgracia, la norma, lejos de lograr una coordinación del sistema, facilitará la ocultación de los problemas al convertir la cohesión en una mera yuxtaposición de las administraciones sanitarias autonómicas con un Consejo Interterritorial de carácter voluntario-corporativo, es decir, un lugar de encuentro (Álvarez González, 2013). La LCC, en su art. 76 preveía la necesidad de articular una “Alta Inspección” que consistía en la “garantía y verificación del cumplimiento de las competencias estatales y de las Comunidades Autónomas en materia de sanidad, de acuerdo con lo establecido en la Constitución, los Estatutos de autonomía y en las leyes”. Conforme a dicho precepto, el Ministerio de Sanidad, presentaría al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de un plan anual de actividades de la Alta inspección y la elaboración por parte de esta última de una memoria anual sobre el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud (arts. 77 y ss. LCC).

La ley que nació para reforzar el papel del Estado en la coordinación y planificación sanitaria, adoptando medidas de armonización, había sido de nuevo desactivada, porque como sostenía el Tribunal Constitucional, no podía convertir a las Comunidades Autónomas

en entes subordinados al Estado. ¿Qué tipo de intervención supondría la coordinación? Parecía claro que el papel del Estado en defensa del interés general quedaba desactivado, pues en ningún caso podía suponer el establecimiento de las bases sanitarias en todo el Sistema Nacional de Salud, sino únicamente una “colaboración” a través del Consejo Interterritorial. Esto es, una especie de labor diplomática entre las Comunidades Autónomas, confiando en su deber de buena fe o lealtad institucional, que evitase el abuso y la mala praxis en el ejercicio de la competencia sanitaria en España (García de Enterría, 1985). Una vez desestimada la concepción de coordinación como un concepto material y vertical que, sin ser jerárquico, se basa en una cierta posición de supremacía del Ministerio de Sanidad, situaba la coordinación bajo un concepto formal de carácter horizontal entre iguales que vaciaba la coordinación sanitaria de su capacidad de desarrollo normativo. Situándola entonces en una especie de programación publicitaria del Estado sobre las actuaciones sanitarias en nuestro Sistema Nacional de Salud (Vaquer Caballería, 2004).

Las consecuencias desastrosas se dejarían sentir con fuerza, empezando a evidenciar una amplia variabilidad en el acceso, calidad, seguridad y eficiencia entre las regiones sanitarias condenadas a la desigualdad (García Armesto y Abadía Taira, 2010). Este conjunto de limitaciones terminó condicionando la posibilidad del Estado de una evaluación sistemática del desempeño en todo el sistema, al carecer de la capacidad de fortalecer la cohesión de los diecisiete sistemas sanitarios que terminase avanzando hacia un modelo centrado en los ciudadanos y no en los territorios. Esta forzada descoordinación por la incapacidad para fijar las competencias claras del Estado en materia sanitaria se vio agravada por la crisis económica que acentuó las dificultades presupuestarias por el descenso de los ingresos fiscales que terminó limitando la disponibilidad de financiación de los servicios de salud, que comenzaron a sufrir problemas de dotación financiera en términos de insuficiencia (Artell, 2005).

Sin duda, ese era el enorme problema de nuestro modelo de Estado Social que obligaba al Estado a garantizar la esencial igualdad de las prestaciones sanitarias para todos los ciudadanos, con independencia del territorio donde vivan. La dotación de una suficiencia financiera al modelo, que hacía aguas. Se trataba de reforzar los Fondos de Cohesión, que justificaban más que nunca la Alta inspección sanitaria a fin de impedir que las deficiencias genéricas o estructurales del modelo terminaran desembocando en un sistema sanitario incoherente e insolidario (Vidal Prado, 2001). Lo sorprendente eran las explicaciones de los nacionalistas, para justificar las desigualdades: se debían, según aquellos, al nivel educativo y socioeconómico de las regiones y no a la enorme descoordinación estatal. Asumían que sus regiones tenían mayor educación sanitaria y hacían una mejor utilización de los servicios de detección precoz del cáncer o ello le otorgaba la posibilidad de un mayor acceso a servicios bucodentales. En base a estas reflexiones peregrinas, las desigualdades de salud entre los distintos territorios excederían con mucho las posibilidades de las

concretas políticas sanitarias. Y, por tanto, supuestamente en nuestro país, la descentralización sanitaria consistía en que el Estado renunciara a la consecución de la igualdad real y efectiva, que era fruto de desigualdades históricas (Beltrán Aguirre, 2012).

Lo que en gran parte se debe a que la LCC remitía a lograr acuerdos que se tenían que formular junto a las autonomías. Lo que suponía un mandato sin garantías de cumplimiento efectivo, quedando al albur y la discrecionalidad de las propias Comunidades Autónomas (Muñoz Machado, 2004). Así la sanidad se irá erosionando lenta pero eficazmente, incrementando la desigualdad social en nuestro país (Villaverde y Maza, 2020).

El nacionalismo, a través de sus pretensiones y el movimiento regionalista de equiparación, habían logrado erradicar una estrategia común para construir un Sistema Nacional de Salud. Un triunfo de la visión nacionalista del Estado terminó provocando que el INSALUD quedara completamente abandonado, sin personalidad jurídica, ni sede ni institución a la que poder dirigirse o de la que obtener información estadística del modelo sanitario nacional. Habían conseguido la renuncia del Estado a su labor de coordinación, dirección y garantía de la equidad en el modelo, los servicios de salud autonómico se conformaron como compartimentos estancos entre sí y empezaron a imposibilitar una visión global del Sistema Nacional de Salud (Rodríguez-Vigil Rubio, 1990).

4. El Estatuto de Autonomía de Cataluña de 2006 o la quiebra del principio de solidaridad: su impacto sobre la cohesión sanitaria y el Sistema Nacional de Salud

La redacción del Estatuto catalán supuso el inicio de un proceso radical de descentralización, con la creación de una nueva cohesión política basada -no en principios de legitimidad democrática- sino en principios de historicismo identitario en torno a los cuales la cohesión social está en serio riesgo. Representando así un punto crítico a la hora de definir cual debía ser el papel del Sistema Nacional de Salud como parte esencial de los servicios del bienestar social, como se sostuvo en el pasado al describir esta misma situación (Rey del Castillo, 2003):

La actual situación se caracteriza por una definición ambigua de las responsabilidades y competencias de las Administraciones central y autonómicas en relación con los servicios sanitarios. Esa definición se ha ido deslizando, sin acuerdo legal expreso para ello hacia el incremento del papel autonómico en la organización y gestión de los servicios sanitarios, a la vez que se reducía el papel central del Ministerio de Sanidad incluso en funciones de coordinación que tenía legalmente fijadas. Una segunda característica es la falta de definición de los instrumentos de coordinación adecuados y necesarios para intervenir en una situación de descentralización completa de la gestión de los servicios públicos sanitarios. Un último aspecto es la reducción, hasta casi su desaparición, de la participación estatal en la financiación de los servicios sanitarios en general, y de instrumentos financieros específicos para intervenir en el mantenimiento de la universalidad y equidad de la protección sanitaria.

El nuevo Estatuto catalán venía a ser un proceso de culminación de la construcción nacional que, por supuesto, no dejaría fuera a los servicios públicos de salud como un elemento esencial de su nueva identidad nacional. Ante esta tendencia, el Sistema Nacional de Salud parecía que únicamente debía existir virtualmente y que se necesitaba un adelgazamiento del Estado. Lo que afectará, sin dudas, al núcleo del estado de bienestar en tanto la forma clásica de entender la protección social y, sobre todo, las prestaciones asistenciales (Repullo Labrador, 2007).

Todo ello desdibujaría un panorama de auténtica crisis constitucional, que volvería a marcar la pauta de cómo debía ser la descentralización autonómica y la nueva financiación estatutaria, marcada por una quiebra unilateral del principio de solidaridad interterritorial a través de “cláusulas de ordinalidad” que dinamitaban los mecanismos de nivelación, al fijar en el Estatuto cual debía ser la capacidad del Estado para realizar flujos redistributivos. Además, el estudio sobre el gasto sanitario, liderado por la Intervención General del Estado en 2005, con la participación de las Comunidades Autónomas, ponía de manifiesto que había diferencias sustanciales entre Comunidades Autónomas en lo que se refería al gasto sanitario *per capita*, porque el reparto territorial de los fondos estatales no seguía un criterio que estrictamente respondiera a la distribución por habitante (Ostúm, López i Casanovas y Puig, 2005). En este contexto el Estatuto catalán intentaba un cambio de paradigma situando a los territorios por encima del paciente, proponiendo la desaparición del Ministerio de Sanidad y del Sistema Nacional de Salud, que se debía dirigir no hacia una coordinación federada -que recuperase la capacidad de aprovechar sinergias o pudiera reducir costes políticos- sino hacia una confederación sin coordinación interterritorial donde la colaboración institucional debía seguir parámetros bilaterales (González López-Valcarcel y Barber, 2006).

Era evidente que el estatuto catalán ponía en riesgo la capacidad operativa del Estado en la definición y ejecución de las políticas sanitarias comunes que le correspondían en la defensa de los intereses generales (Muñoz Machado, 2009). El cumplimiento efectivo del principio de solidaridad puesto que pasaría a depender de la comisión bilateral Estado-Generalitat, al incorporarse al Estatuto los mecanismos de nivelación y solidaridad financiera, que reguló en su art. 206 (Girón Reguera, 2007).

4.1. La financiación autonómica, cuestión clave en la descentralización sanitaria

Al mismo tiempo, el estatuto catalán predeterminaba las líneas esenciales de un nuevo sistema de financiación autonómica, al contemplar en sus disposiciones adicionales unos nuevos porcentajes de cesión del IRPF (del 33% al 50%), del IVA (del 35% al 40%) y de los impuestos especiales (del 40% al 58%), así como la ampliación de la capacidad normativa autonómica en torno a estos tributos (DD.AA. 8ª a 12ª). Además, se regulaba en el Estatuto

la cuantía de las inversiones estatales en Cataluña, al equiparar el porcentaje de aportación de la Comunidad al PIB español para un período de siete años (D.A. 3ª). Ambos condicionantes, inadmisibles desde el punto de vista de la actuación necesaria del Estado, que tendrá un reflejo sobre la sanidad pública al no poder garantizarse la cohesión del sistema (Barnés, 2007). Este será un discurso que ponía su énfasis autonómico en los aspectos identitarios, en el plano cultural e histórico como justificación de los agravios y que escondía algo peligroso y más mundano: la búsqueda de privilegios a través de compensaciones políticas y económicas. Un victimismo agitado por el escenario mediático y cultural que abriría paso a una explosiva infrafinanciación del sistema sanitario, como bien se expresa a continuación (Rodríguez-Vigil Rubio, 2012):

Creo que es conveniente que estas cuestiones dejen de ser asuntos raros y excepcionales y que se traten en los ámbitos y los medios que llegan al gran público, pues aunque es muy intenso el debate intramuros del mundo sanitario y entre los expertos que se ocupan profesionalmente del mismo, sus reflexiones se producen habitualmente en círculos y en médicos relativamente hermenéuticos, (...), necesita conocer el estado de las cosas para convencido y no se considere vencido y amargo.

Un estudio llevado a cabo en 2005 por el Grupo de Trabajo constituido por el Instituto de Estudios Fiscales, en relación con la celebración de la Conferencia de Presidentes de aquel año, en la que participaron representantes de los ministerios de Hacienda y Sanidad y los presidentes autonómicos, señaló que, en cifras absolutas, a finales del ejercicio de 2003, las deudas sanitarias pendientes de contabilizar eran de 6.036 millones de euros, lo que suponía un 80% para las comunidades de Cataluña (2.176 millones), Andalucía (1.558 millones) y Valencia (1.112 millones), tal y como se contemplaba en un informe del Grupo de Trabajo de la Conferencia de Presidentes para el análisis del gasto de 2005: “Informe para el análisis del Gasto Sanitario”. En definitiva, el modelo del estatuto catalán, era un reflejo de las pretensiones del nacionalismo excluyente que, a través de componentes histórico-identitarios, nacía con un único objetivo: la quiebra del principio de solidaridad interterritorial. Lo que tendrá un impacto brutal sobre el Sistema Nacional de Salud (Permán Gavín, 2009). A la quiebra se une la complejidad del propio Sistema Nacional de Salud, donde el control del gasto no va a ser decidido por una autoridad sanitaria unificada, sino que se fraguaba a través de la combinación de las medidas aplicadas por los diecisiete servicios autonómicos de salud. Esto estaba provocando una divergencia cada vez mayor en los procedimientos operativos de los sistemas autonómicos: con carteras de servicios diferenciados, multiplicación de organismos evaluadores de medicamentos, tecnología o práctica médica y movilidad de pacientes y profesionales entre Comunidades Autónomas. Toda esta disfuncionalidad estaba destruyendo las economías de escala -políticas de compra y suministro- (Subirats y Gallego, 2011).

Ante este intento nacionalista de sepultar la solidaridad, el Estado se muestra incapaz de mejorar el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, dado su escaso margen de

maniobra e influencia sobre las decisiones de gasto de las autoridades autonómicas (Tajadura Tejada, 2007).

Este control del uso final de los recursos financieros asignados a las Comunidades Autónomas para hacer frente a los problemas de deuda sanitaria había sido severamente limitado por el Tribunal Constitucional, al considerar que podían ser utilizados bajo un libre criterio de oportunidad por parte de los gobiernos autonómicos. Sin garantía alguna de que se aplicaran al ámbito sanitario, a mayores cuando el Tribunal Constitucional deja en el aire una salvedad algo indeterminada al afirmar, refiriéndose a la prestación farmacéutica, que al Estado corresponde establecer una “uniformidad mínima”, idea en la que insiste la STC 136/2012 (Moreno Fuentes, 2013). Con esta dinámica el papel del Estado de velar por la realización efectiva del principio de solidaridad (arts. 2, 138, 157, 158, todos ellos en relación con el art. 9.2 CE) como principio fundamental y estructural del Estado estaba en serio riesgo al no garantizarse la igualdad de acceso en todo el territorio nacional a la sanidad pública (García Morillo, Pérez Tremps y Zarmiosa Pérez, 1998). El Estado, desde el año 2008, en el que empieza la crisis, había pedido prestados 479.493 millones de euros, para poder hacer frente a la caída de ingresos y el aumento de los gastos, principalmente, derivados del desempleo y la deuda pública; según los datos de la Contabilidad Nacional de España (“Base de 2008. Cuentas de operaciones no financieras de los sectores y subsectores. 1.16 Administraciones públicas). En este contexto económico, el socavón de la desigualdad que supuso el estatuto catalán quedó confirmado el 15 de julio de 2009, cuando el Consejo de Política Fiscal y Financiera aprueba un nuevo modelo de financiación que venía a dar respuesta al acuerdo político del presidente del Gobierno, José Luis Rodríguez Zapatero con los nacionalistas catalanes. Un acuerdo que pondría en serio riesgo los mecanismos de nivelación debido a los principios de ordinalidad que introduce el art. 206.3 del Estatuto de Autonomía. En él se habla del “esfuerzo fiscal similar” que supondrá en la práctica una restricción a la posibilidad de que el Estado por vía del art. 158.1 CE, garantizase un nivel mínimo en la prestación de los servicios públicos fundamentales en todas las Comunidades Autónomas (Arias Abellán, 2008).

El nuevo modelo de financiación daba respuesta a otra de las limitaciones a la solidaridad, que tenía previsión en el ar. 206.5 del Estatuto, donde se definía el principio de ordinalidad. Esto es, la idea de que la aplicación de los mecanismos de nivelación territorial no debía alterar la posición de Cataluña en el ranking de Comunidades Autónomas en función de su renta *per capita* existente con anterioridad a la realización de dicha nivelación (Pagés y Galtés, 2003). Tanto De la Fuente Moreno como Gundín avisaron de que este principio constituía una restricción intolerable debido a que Comunidades Autónomas con niveles de renta *per capita* muy similares podían tener necesidades de gasto diferentes (De la Fuente Moreno y Gundín, 2007). O, como sostenían Martín Queralt y García Moreno, este principio resultaba inconstitucional, al impedir al Estado la corrección de los desequilibrios

territoriales impidiendo, en la práctica, la vigencia efectiva del principio de solidaridad (Martín Queralt y García Moreno, 2007): para el año 2005, los habitantes de Cataluña disponían de una renta de 15.353 €/habitante, mientras que los ciudadanos extremeños disponían de 10.362 €/habitantes y los de Andalucía 10.827 €/habitante.

En definitiva, este nuevo modelo de financiación adoptado en el Consejo de Política Fiscal y Financiera era solo el culmen de un proceso que se inicia en la aprobación del Estatuto de Autonomía de Cataluña del año 2006, en cuyo título VI, se establecía el modelo de financiación para la Generalitat, que suponía un quebranto del art. 138.1 CE. Téngase en cuenta que, hasta entonces, este precepto otorgaba una competencia importantísima al Estado: la de establecer un equilibrio económico en el conjunto del territorio (Bassols, Bosch y Vilalta, 2009).

Concretamente, en el terreno de las políticas sanitarias, la Administración del Estado perdía cualquier poder de gasto para realizar transferencias condicionadas, dirigidas al desarrollo de políticas sanitarias comunes que reforzaran la cohesión territorial (López Laborda, 2010). Además, estos cambios en la regulación financiera significaran la eliminación de los métodos de cálculo de las “necesidades” de financiación de las Comunidades Autónomas, incluidas las sanitarias, previstas en el sistema de financiación anterior. Ese cálculo se sustituyó por coeficientes poblacionales generales, actualizables año a año y, la estimación del coste estándar por habitante de un paquete de servicios públicos, incluidos los sanitarios; al suprimir los distintos fondos sanitarios de suficiencia, que si estaban previstos en el sistema anterior. Todo esto hizo que el sistema de financiación fuera cada vez más opaco ante una carencia absoluta de información acerca de la gestión económica de las Comunidades Autónomas en materia sanitaria, favoreciendo el constante recurso a mecanismos de endeudamiento en materia sanitaria (Rey del Castillo, 2015). Lo que llevará al Tribunal de Cuentas, a pronunciarse en los siguientes términos en el Informe n. 1034, relativo al ejercicio económico de las Comunidades Autónomas durante los años 2010 y 2011:

La tendencia generalizada a realizar gastos en el ejercicio sin la necesaria cobertura financiera, conlleva la no contabilización en este de un relevante monto económico de gasto, la falta de la contabilización de las obligaciones generadas en el ejercicio corriente y su derivación a ejercicios posteriores conlleva la consecuente morosidad en el pago a proveedores (...). Se observa un paulatino incremento, con especial relevancia en algunas Comunidades Autónomas, en la consignación de compromisos de gasto con cargo a ejercicios futuros, que puede distorsionar la sostenibilidad financiera del sistema autonómico de gestión sanitaria.

Ante esta situación, cada vez más preocupante de nuestro Sistema Nacional de Salud, el Tribunal Constitucional daba un espaldarazo a la insolidaridad del Estatuto catalán al sostener en la STC 31/2010 que el art. 206.5 era constitucional siempre que se interpretase en el sentido de que la modificación de la posición de Cataluña se debiera únicamente a la aportación que esta realizara como consecuencia de su participación en los mecanismos de

solidaridad (F.J. 134º). Esto es, sin atender a la nivelación sino únicamente a la aportación de Cataluña (Bosch y Vilalta, 2010).

Todo este cúmulo de despropósitos constitucionales dejaban un Sistema Nacional de Salud descoordinado, desmantelado y sin recursos. Esta improvisación en el ámbito sanitario supondrá recortes en medicamentos, productos sanitarios, un incremento de los copagos para determinados grupos de población. Al mismo tiempo, el Gobierno exigió a las Comunidades Autónomas recortes en el gasto sanitario por valor de 7.000 millones de euros en el presupuesto público.

Especialmente sangrantes en Cataluña que, tras años de construcción nacional, se negó a recortar gastos en pro de la autodeterminación, concentrando todos sus recortes en sanidad: reducciones de personal, así como incrementos adicionales en las horas trabajadas por el personal sanitario, introducción de copagos adicionales en medicamentos (euro por receta), cierre temporal de camas hospitalarias y de centros sanitarios (Riesgo y González-Estefani, 2011). Después, llegó la introducción de una reforma de gran escala de nuestro Sistema Nacional de Salud, en la búsqueda de su estabilidad, mediante el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. Esta era una reforma diseñada por el Ministerio, al margen del sector sanitario, como responsables directos de la gestión diaria de la sanidad española.

Aun así, el Sistema Nacional de Salud seguía teniendo un problema de transparencia, porque la información sobre procedimientos de actuación y sobre el desempeño de los servicios públicos de salud autonómicos seguía siendo inexistente, impidiéndose así los procesos de evaluación sistemática de las distintas políticas públicas (Urbanos Garrido y López-Valcarcel 2011). Era un hecho que el Sistema Nacional de Salud no podía ya garantizar la igualdad de trato en todo el territorio nacional, con una cartera pública de servicios comunes, teniendo en cuenta que entre el año 2012 y 2017 debían reducir el déficit en unos 50.000 millones de euros, pasando a un déficit del 11% del PIB a un 3,6% en 2017 (López i Casanovas, 2016).

4.2. Afectación del principio de solidaridad y el fin de la equidad sanitaria

Mientras el Sistema Nacional de Salud se desangraba, víctima de la crisis económica, el Gobierno nacionalista catalán iba un paso más allá en su proceso de ruptura de la solidaridad constitucional. Así, en el marco del llamado “pacto fiscal”, basado en el régimen de concierto vasco, se exigirá un nuevo privilegio frente al resto de las regiones, quebrantando de forma flagrante el principio de igualdad. Y es que, en un Estado democrático, el principio de igualdad no puede basarse únicamente en un principio de igualdad formal frente a la ley (art. 14 CE), sino que tiene que extenderse a la igualdad de acceso a los principales servicios públicos (art. 43.1 CE) y a la igualdad en la obligación de contribuir al sostenimiento de las cargas públicas en función de la renta de cada uno (arts.

31.1 CE y 40.1 CE), que es donde alcanza su sentido material (art. 9.2 CE). Como sostuvo De la Fuente Moreno, inevitablemente se generarían déficits y superávits fiscales a nivel individual y, por agregación a nivel regional: “la equiparación de Cataluña con el País Vasco en términos de financiación por habitante exigirá unos recursos adicionales de entre 11.000 y 16.000 millones de euros que habría que detraer del resto de las Comunidades Autónomas de régimen común, lo que supondría reducir la financiación de estas entre un 8% y un 12%” (De la Fuente Moreno, 2011).

Además, esta nueva exigencia nacionalista de un pacto fiscal iba en contra del art. 139.1, que proclama que “todos los españoles tienen los mismos derechos y obligaciones en cualquier parte del territorio del estado”. También pondría en jaque el art. 138.2, que prohíbe que los Estatutos de Autonomía comportaran “privilegios económicos o sociales” o los arts. 149.1 1ª CE y 156.1 CE que reservaban al Estado la competencia exclusiva sobre “la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos constitucionales” (Zabalza Martí, 2012). Con esta nueva exigencia nacionalista se buscará la consolidación de varios niveles diferenciados de la sanidad pública en España: uno, el de los privilegiados y preferentes, que vivieran en los territorios gobernados por el nacionalismo; y, por otro, el resto de los españoles, condenados a una “beneficencia”, susceptibles de restricciones y recortes sucesivos cuando fuera necesario por supuestas razones financieras (Rey Biel y Rey del Castillo, 2012).

Tras la crisis económico-financiera del 2008, la Unión Europea exigiría a España una legislación clara en materia de estabilidad presupuestaria. La Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera, desarrollaría los principios constitucionales, al hilo del nuevo art. 135 CE. Con esta ley, se desarrollarán los elementos esenciales del nuevo marco europeo de estabilidad financiera y gobernanza económica contemplado en los Reglamentos (UE) n. 1446/1997 y 1467/1997, del Consejo, de 7 de julio, que son modificados por los Reglamentos (UE) n. 1175/2011 y 117/2011, del Consejo y la Directiva 2011/85/UE. Gracias a la Ley, por fin el Estado disponía de medios contundentes para asegurar la disciplina fiscal de las Comunidades Autónomas y que aquella no pusiera en peligro el Sistema Nacional de Salud. Ahora, el Estado tendría capacidad decisoria para el reparto de los objetivos de déficit y deuda entre todos los niveles de gobierno, así como importantes atribuciones supervisoras y sancionadoras para restituir la disciplina, ante el incumplimiento de los objetivos de déficit por parte de las administraciones autonómicas (Medina Guerrero, 2013).

Junto a estas medidas de estabilidad financiera y presupuestaria de las administraciones públicas se ponían en marcha, a través del Real Decreto-ley 21/2012, de 13 de julio, medidas de liquidez de las administraciones y, en el ámbito financiero, el Fondo de Liquidez Autonómico que permitiría a las Comunidades Autónomas financiarse especialmente para el sostenimiento del sistema sanitario (Ribes Ribes, 2019).

A pesar de que Cataluña era la comunidad autónoma que más había solicitado la ayuda del Fondo de Liquidez Autonómico, por un valor de 6.732 millones de euros (el 40% del total de los 18.000 millones de euros), el discurso del nacionalismo catalán se centraba, tanto en el debate político como en el ámbito académico, en la idea del “expolio fiscal” que sufría Cataluña. Una expresión, la del “expolio fiscal”, que estaba calando en la sociedad catalana, que empezó a interiorizar que el Estado el culpable de la crisis económica que sufría Cataluña por la enorme sustracción de recursos, como parte del discurso nacionalista *Espanya ens roba*. A pesar de que el garante del fracaso económico-financiero de la sanidad catalana, lastrada por el proceso de la construcción nacional, será el Estado con la creación del Fondo de Liquidez Autonómico (Bosch Roca, 2008).

Las cuentas presentadas por el Gobierno catalán para justificar el expolio fiscal de acuerdo con el método de flujos monetarios arrojaban un desequilibrio anual entre el Estado y las Comunidades Autónomas en un 8,4% del PIB (16.400 millones de euros). Sin embargo, un estudio del Instituto de Estudios Económicos sostuvo que las “balanzas fiscales” era un terreno muy pantanos y de imposible soporte científico, pues son las personas físicas o jurídicas las que contribuyen a través del pago de sus impuestos y no los territorios que de ellas recaudan porque allí viven. Este informe señalaba que las cuentas de la Administración catalana incluían deudas futuras que no estaban liquidadas, ni siquiera eran de seguro devengo. Es decir, era un fraude intelectual. Además, si en lugar de utilizar el método de flujos monetarios, que identifica lo que se imputa a cada territorio, se hubiera utilizado el método de carga-beneficio, que pretende identificar quien paga y quien se aprovecha del reparto, en relación con la población, el saldo de la balanza Estado-Cataluña habría sido positiva para Cataluña en más de 4000 millones de euros (Hinojosa Torralbo, 2020).

Aún trufado de mentiras, el presunto expolio fiscal se convertía en el pilar fundamental de la secesión en Cataluña con la aprobación del Libro Blanco para la transición nacional de Cataluña, publicado por la Generalitat en el año 2014. Con él se iniciaba el camino para la creación de un Estado independiente catalán en forma de República, este proyecto tomaría forma jurídica al aprobarse la Resolución I/XI, de 9 de noviembre de 2015, con la que se iniciaba el supuesto “proceso constituyente” de la República Catalana (Pérez de los Cobos Hernández, 2020). Los nacionalistas catalanes, en plena crisis económica, cuando el modelo sanitario en España estaba sufriendo más que nunca, sometían así al conjunto de los españoles a una crisis constitucional que sin duda no sería ajena a nuestro Sistema Nacional de Salud (López Aguilar, 2016).

Como confirmaría el Informe de la Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales, entre 2009 y 2015, Cataluña recortó hasta un 31,7% el gasto sanitario. Esto supondría un recorte acumulado de 3.782 millones de euros, que situaban a la autonomía catalana como líder de los recortes que se produjeron por todo el país. De

hecho, si tenemos en cuenta todas las autonomías, la media nacional registro un recorte del 15,75% en el gasto sanitario, por debajo de la mitad de lo que había hecho Cataluña respecto de los recortes en sanidad. A nivel de personal sanitario, solo en el Instituto Catalán de Salud se perdieron 48000 empleos entre el 2010 y el 2015, según los datos oficiales del último Plan de Ordenación de Recursos Humanos de la propia Generalitat de Cataluña. Por otro lado, un estudio de Comisiones Obreras [“Análisis de los presupuestos sanitarios de 2017: (infra)presupuestando”] señalará para el período 2010-2014, un ranking en el que Cataluña lidera los recortes en camas hospitalarias, con más de 2.000 camas perdidas.

A todo este gasto innecesario, sería bueno añadirle que tras el lema del expolio fiscal de Cataluña se abre paso el dato de que entre el año 1996 y el 2016, Cataluña era la región más beneficiada de la inversión del Estado, unos 35.000 millones de euros, un 14% más que la segunda comunidad que más favores recibió, Andalucía (Bosch Roca y Espasa Queralt, 2014).

Por tanto, lejos de solucionar nada, la tentativa de un trato diferencial de Cataluña como solución iniciada por el Estatuto de Cataluña de 2006 provocará la desconfiguración del papel central de la Administración General del Estado. Y, en definitiva, del Sistema Nacional de Salud tanto en sus órganos de coordinación, lo que conducía inexorablemente a un régimen de descoordinación y falta de cohesión, como por la quiebra auspiciada por el nacionalismo de los mecanismos de solidaridad interterritorial (Medina Guerrero, 2005). Los nacionalistas habían neutralizado las funciones fundamentales del Estado como ente directivo, regulador y abierto a garantizar el Estado de bienestar (Parejo Alfonso, 2015).

Ante esta debilidad estructural tras años de descentralización nacionalista sin mecanismos de control, el nacionalismo se envalentona y, pese a los pronunciamientos del Tribunal Constitucional, terminaron aprobando la Resolución 306/XI, de 6 de octubre, de 2016, sobre la orientación política general del Gobierno, donde destacaban: la convocatoria de un referéndum, la creación de estructuras de Estado y la sustitución de la legalidad constitucional. A través de estos instrumentos pseudojurídicos que hacían caso omiso a los arts. 87, 92.1 y 2 y 92.4 de la Ley Orgánica 15/2015, sobre la obligación de cumplimiento y ejecución de las resoluciones del Tribunal Constitucional. Todo un desafío planteado a la soberanía del pueblo español (art. 1.2 CE), que provocó la suspensión de la autonomía de Cataluña de forma temporal por vía de la aplicación del art. 155 CE.

Sin embargo, en este sentido, no se cumplió ningún objetivo constitucional con la aplicación del art. 155 CE, a pesar de ser una medida necesaria “para restaurar el orden constitucional” e impedir “el propósito último” de la Generalitat de “quebrar el Estado”, como sostenía el Tribunal Constitucional en sus SSTC 89/2019 y 90/2019 (García Roca, 2019). El independentismo catalán seguirá insistiendo posteriormente en el derecho de autodeterminación y, solo dos años después de la declaración unilateral de independencia

ratificaba del mismo modo sus objetivos, a través de la resolución 534/XII, de 25 de julio de 2019, en los apartados 1.1 y 1.2, cuya transcripción al castellano, dejaba claro lo siguiente:

El Parlamento de Cataluña se reafirma en su disposición a ejercer de manera concreta el derecho a la autodeterminación, de acuerdo con la voluntad mayoritaria del pueblo de Cataluña, a través de un acuerdo con el Estado español o sin acuerdo.

En este contexto de destrucción constitucional ocasionado por los independentistas catalanes, tenía lugar la explosión de la pandemia del COVID-19 que obligaba al Gobierno a forzar de nuevo el Estado Constitucional. El Sistema Nacional de Salud y el Ministerio de Sanidad estaban desarticulados, tras años de descentralización de inspiración nacionalista, declarando el estado de alarma mediante el Real Decreto 463/2020, para lograr una intervención centralizada ante la pandemia, lo que no entendería el imaginario nacionalista y algunos otros desde dentro de las fronteras autonómicas. Desde el momento inicial se intentó una centralización de todos los servicios necesarios para hacer frente al desastre humano que se avecinaba. Tal y como permitía la LOAES, el Gobierno de la Nación se convertirá en la autoridad competente para luchar frente a la crisis, designando cuatro autoridades delegadas que actuarían bajo la dirección del presidente del Gobierno en torno a las carteras de Defensa, Interior, Transportes y Sanidad (Sieira Mucientes, 2020).

El Ministerio de Sanidad se convertía en el centro rector de la lucha contra la crisis de salud pública. El problema era monstruoso, como hemos visto. Tras años de descentralización ineficiente, no se contaba ni con medios humanos ni técnicos, se carecía de información correcta sobre los sistemas autonómicos de salud, así como de la capacidad para efectuar grandes compras públicas del material sanitario imprescindible para superar la pandemia. Todo este cúmulo de errores tras años de triunfo de la pasión identitaria sobre el dialogo ilustrado había provocado serios estragos que evidentemente iban a agravar la respuesta a este enorme desafío. Además, en relación con el COVID-19, las Comunidades Autónomas, no podían actuar de oficio, al haber sido “suspendidas”, durante la vigencia del estado de alarma, del ejercicio de las competencias que pudieran o estuvieran relacionadas con la crisis sanitaria, quedando su papel subordinado a ejecutar lo ordenado en los referidos mandatos del Gobierno de la Nación o de sus autoridades competentes delegadas (Velasco Caballero, 2020).

A esta acumulación de problemas habría que añadir la colonización de la política de la sanidad que había provocado cuatro vicios: la meritocracia política como forma de gestión; la partitocracia con el control de los partidos políticos de los principales puestos de la sanidad pública; la lattizzazione, es decir, el reparto de cuotas políticas; y, por último, el tangentopoli, por una corrupción incontrolable (Pont Vidal, 2020).

Conclusiones

Lo único que nos queda como constitucionalistas más allá de la hermenéutica del jurista de militancias ciegas, es percibir el peligro que ha supuesto en España la pandemia para los principios de igualdad y solidaridad interterritorial. El caos terminó desembocando en una parálisis o en decisiones unilaterales por la falta de una lealtad institucional entre el Estado y las Comunidades Autónomas que la ocasión requeriría, debido sobre todo a una brecha cívica entre la clase política y la ciudadanía. Sería para nosotros irrenunciable denunciar que hemos sido testigos de la crisis de un modelo de Estado esquizofrénico, esculpido al capricho del cincel del nacionalismo. El gran número de muertes, en los primeros momentos de la pandemia será debido en gran parte por las enormes limitaciones en lo que a la capacidad de respuesta se refiere, por parte de un Sistema Nacional de Salud en la práctica inexistente y un ministerio de Sanidad desarticulado. Al verse incapaces las autoridades sanitarias nacionales de hacer frente a la gestión de los centros residenciales de mayores, la escasez de equipos EPI, respiradores, camas de UCI o personal.

Todo ello, nos obliga ante este “momento constituyente” excepcional que hemos vivido, adherirnos a las palabras que expresó a través de la pluma de uno de los más reconocidos autores del constitucionalismo:

Para que una Constitución pueda ser hecha, para que un nuevo orden constitucional pueda nacer, se requiere de una plenitud de los tiempos, una precisión de energías creativas mantenidas bajo comprensión y que pidan explotar, lo que no es la condición ordinaria de la historia de los pueblos (Zagrebel'sky, 2005).

De ahí que cualquier estudioso del constitucionalismo que no ande perdido en militancias ideológicas de dudosa entidad constitucional se las tiene que ver con el “orden jurídico fundamental de la comunidad”, que sostenía Hesse. Ese análisis nos permite concluir que el Sistema Nacional de Salud, tras años en el punto de mira de un nacionalismo irredento, desde lo intergubernamental a lo ministerial y, desde la centralización a la mera coordinación, han terminado generando un sistema de gestión sanitaria sin liderazgo político fuerte y con dificultades para la coordinación de las competencias y recursos dispersos por todo el sistema de salud pública.

Con este planteamiento, si el sistema dependía de un Ministerio de Sanidad vacío de competencias, del que solo se podía esperar la activación de mecanismos de seguimiento debido a que para adoptar las grandes decisiones políticas no se contaba con un asesoramiento técnico propio, ¿cómo era posible que se careciese de un comité de técnicos al servicio del Ministerio? A pesar de su disponibilidad, todos los gobiernos nacionales de cualquier signo político se negaron a ejercer el liderazgo político-estratégico y desarrollar ese Sistema Nacional de Alertas para satisfacer así, los intereses histórico-identitarios de las elites nacionalistas, que durante años obstaculizaron cualquier Plan Nacional, por considerarlos “centralizaciones encubiertas”. Entre otras cosas, por su dependencia política

del nacionalismo. La consecuencia ha sido clara: se ha terminado por deconstruir el Estado, desbordando su capacidad de gestión. Junto a la descoordinación, el Gobierno quedó desbordado por la situación.

Sólo desde este punto de vista puede explicarse que, en plena pandemia, con el Sistema Nacional de Salud desbordado, se adoptaran multitud de medidas en el ámbito sanitario dirigidas a reforzar su actuación en todo el territorio nacional (art. 12 RD-ley 463/2020) y medidas para el aseguramiento de bienes y servicios necesarios para la protección de la salud pública (art. 13 RD-ley 463/2020). También se autorizó la posibilidad de requisas temporales y prestaciones personales obligatorias (art. 7 RD-ley 463/2020). Además, el art. 13, letras b) y c), del RD-ley 463/2020, permitía al Ministerio de Sanidad intervenir y ocupar transitoriamente industrias, fábricas, talleres, explotaciones o locales de cualquier naturaleza, incluidos los centros, servicios y establecimientos sanitarios de titularidad privada. Como la crisis del coronavirus dejaba al descubierto los años de descentralización nacionalista sin control que había dejado de competencias vacío al Estado en materia sanitaria, estaba en tela de juicio cualquier labor de coordinación. Al no existir ni medios técnicos ni humanos en el Ministerio, este era incapaz de obtener datos comparables entre las Comunidades Autónomas, para saber con certeza cuál estaba siendo el estado e impacto concreto de la pandemia.

Aun cuando este desastre tenía responsable directo: la inspiración nacionalista de la descentralización, con la complicidad de los grandes partidos de ámbito nacional. En un primer momento se ocultó, por la gestión centralizada que abría un paréntesis en el rendimiento de cuentas de los gobiernos regionales, pese a que ellos eran los principales responsables del estado de la salud pública y de los servicios sanitarios en sus territorios. Pero era solo un espejismo, pues tras casi veinte años de descentralización sanitaria, el Ministerio de Sanidad, cuando realmente se le precisaba, estaba desmantelado y se situaba inhábil a la hora de recopilar datos homogéneos de la evolución de la pandemia. Ello provocó un caos de cifras, ocultamiento intencionado de datos y desequilibrios en tornos a la cifra real de muertos que ofrecía el Ministerio y los que ofrecían algunos organismos independientes o el propio INE. El Sistema Nacional de Salud no estaba por mucho que se lo esperase.

A ello se unió la falta de materiales sanitarios para proteger a los profesionales y a la población, lo que llevó a España a batir récords, día tras día, en relación con contagios y muertes de estos profesionales. Y, es en esta situación cuando hay acusaciones recíprocas entre el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas, que demostrarán como nuestro Sistema Nacional de Salud estaba roto al dejar de cumplir su función de estabilización social. Un instrumento clave, pues nuestra sanidad valorada dentro y fuera de nuestras fronteras pasó del optimismo ciudadano a la decepción: no podía ocultarse más los enormes problemas de inequidad e ineficiencia de una gestión sanitaria que será juego

de la afrenta política, al no contarse con medios jurídicos que asegurasen la vigencia del principio de igualdad y justicia redistributiva. Los diecisiete sistemas de salud autonómicos eran una fuente inagotable de derrochar recursos, carente de prioridades y criterios explícitos sin ninguna corresponsabilidad fiscal por las enormes carencias en el funcionamiento, por lo siguiente:

1º) El Ministerio de Sanidad se mostraba incapaz de llevar a cabo la coordinación que la Constitución reservaba al Gobierno en materia Sanitaria.

2º) Las necesidades de coordinación en el modelo autonómico esculpido a golpe de demandas nacionalistas, que terminarán lastrando las relaciones intergubernamentales multilaterales en favor del bilateralismo nacionalista.

3º) La falta de una actualización del sistema de financiación autonómica, una reforma pendiente desde 2009, ha evidenciado como el modelo se diseñó para satisfacer los intereses de los nacionalistas en Cataluña. De ahí que los fondos destinados a combatir la pandemia hayan mostrado los enormes desajustes de la financiación, por la quiebra tanto de las compensaciones verticales, como horizontales, que supuso el Estatuto de Cataluña del año 2006.

4º) La inexistencia de una Alta Inspección sobre el Sistema Nacional de Salud, aun cuando la Constitución exigía al Estado preservar la existencia de un sistema normativo sanitario, con una regulación uniforme y de vigencia en todo el territorio nacional (art. 139.1.1 CE). En cumplimiento de este mandato y cfr. art. 6 del Real Decreto 480/1981: “los funcionarios de la alta inspección del Estado podrán efectuar cuantas comprobaciones sean necesarias para el desempeño de sus cometidos (...)”.

Por último, cabe concluir que el desastre humano del que hemos sido protagonistas nos obliga a denunciar que el Sistema Nacional de Salud, ante el triunfo de la descentralización, no ha sido un marco de las garantías generales para la protección de la salud. Había sido desarbolado, provocando un sinnúmero de desequilibrios territoriales y sociales que, de manera trágica, la pandemia ha dejado al descubierto.

Como respuesta crítica a esta situación, en el tema de la gobernanza, habría que diseñar una nueva arquitectura constitucional para el Sistema Nacional de Salud, que refuerce de forma considerable el Ministerio de Sanidad, desde el punto de vista material y funcional. Y, fundamentalmente, en materia de financiación, sería necesario aumentar de forma considerable los recursos destinados al Sistema Nacional de Salud. Por medio de un incremento del “Fondo de Cohesión Sanitario” y activar a su vez el “Fondo de Garantía Asistencial”, como la caja de compensación interautonómica de la asistencia sanitaria prestada en todo el territorio, para favorecer la equidad en el acceso a los servicios en el conjunto del sistema: libertad de movimientos de los pacientes dentro del Sistema Nacional de Salud. Solo así se cumpliría el objetivo de la equidad y la lucha contra las desigualdades socioeconómicas en salud pública y, en concreto, respecto al acceso a los servicios

sanitarios a través de una “Estrategia Nacional de Salud” que termine con desigualdades entre Comunidades Autónomas.

Fuentes de consulta

- AA. VV. (2011). Autonomies i desigualtats a Espanya: percepcions, evaluació social i polítiques de benestar, Insittut d’Estudis Autonomics.
- AA. VV. Ayala, L. (Coord.) (2009). Desigualdad, Pobreza y privación, Fundación Foessa.
- AA. VV. Ayala, L. y Ruiz Huerta, J. (Dir.) (2015). Segundo informe sobre la desigualdad en España, Fundación Alternativas.
- AA. VV. (2012). La Descentralización Sanitaria, Fundación Manuel Giménez Abad.
- AA. VV. Rey del Castillo, J. (Coord.) (2015). Análisis y propuestas para la regeneración de la sanidad pública en España (Documento de Trabajo 190/2015), Fundación Alternativas, 115-173.
- AA.VV. El Tribunal Constitucional, Vol. I., Dirección General de lo Contencioso del Estado e Instituto de Estudios Fiscales.
- Albertí Rovira, E. (2018). Cuestiones constitucionales en torno a la aplicación del artículo 155 CE en el conflicto de Cataluña, Revista d’Estudis Autònòmic y Federals, 27, 1-23.
- Álvarez González, E. M. (2013). El Sistema Nacional de Salud (II): ordenación de los servicios de salud de las comunidades autónomas”, En Larios Risco, D., González García, L., Montalvo Jääskeläinen, F. (Coords.). Palomar Olmeda, A., Cantero Martínez, J. (Dir. Congr.), Pemán Gavín, J. M. (Pr.), Tratado de derecho sanitario, Vol. I, pp. 363-397. España: Thomson Reuters Aranzadi.
- Álvarez García, V. (2017). La respuesta jurídica frente al desafío independentista catalán, Anuario de la Facultad de Derecho de la Universidad de Extremadura, 3, 1-46.
- Álvaro García, D. (2019). Cataluña, la construcción de un relato. España: Deusto.

- Antequera Vinagre, J. M. (2020). Breve análisis de los instrumentos jurídicos de reacción rápida y de gestión jurídica frente al SARS-Cov-2. La necesidad de una reingeniería jurídica en salud pública, *Derecho y Salud*, Vol. 30, pp. 74-84.
- Arias Abellán, M. D. (2013). Estabilidad presupuestaria y deuda pública: su aplicación a las Comunidades Autónomas, *REAF*, 18, pp. 126-168.
- Arias Abellán, M. D. (2008). La ordenación jurídica de los recursos financieros en el Estatuto de Autonomía de Cataluña, *Revista d'Estudis Autonòmics i Federals*, 6.
- Artell, J. (2005). Desarrollo y sostenibilidad del sistema nacional de salud descentralizado, *Fundación Salud, Innovación y Sanidad*, 2005.
- Barberán Ortí, R., y Uriel Jiménez, E. (2008). Balanzas fiscales de las Comunidades Autónomas: los datos recientes de un fenómeno controvertido, *Análisis Local*, (79), pp. 20-36.
- Barnés, J. (2007). Un Estatuto de Autonomía y una Constitución del siglo XXI, *Revista de Administración Pública*, 173, pp. 293-315.
- Bassols, M., Bosch N., y Vilalta, M. (2009). El modelo de financiación autonómica de 2009: descripción y valoración, *Generalitat de Catalunya*, Barcelona.
- Bosch, N., y Espasa, M. (2014). La viabilidad económica de una Cataluña independiente, *Revista de Economía Aplicada*, 22(64), pp. 135-162.
- Bosch, N. y Vilalta, M. (2010). Efectos de la sentencia del Tribunal Constitucional sobre el modelo de financiación de la Generalitat de Catalunya, *Revista Catalana de Dret Public*, extra- 1, 2010.
- Bosch Roca, N. (2009). El sistema de nivelación fiscal entre comunidades autónomas, *Revista de Estudios Regionales*, extra-86.
- Bosch Roca, N. (2008). Una visión crítica del modelo de financiación autonómica, *Investigaciones Regionales*, 13, pp. 269-276.
- Cavero Gómez, M. (2019). La aplicación del artículo 155 de la Constitución a la Comunidad Autónoma de Cataluña, *Revista de las Cortes Generales*, 107, pp. 507-519.

Criado Álvarez, J. J., Repullo Labrador, J. R., y García Millán, A. (2011). Vigencia de la Ley General de Sanidad tras veinticinco años, *Revista Española de Salud Pública*, 85(5).

De la Fuente Moreno, A. (2014). Balanzas fiscales: una breve introducción, *El Cronista del Estado Social y Democrático de Derecho*, 42, pp. 78-83.

De la Fuente Moreno, A., y Gundín, M. (2007). El sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común: datos homogéneos para el año base del acuerdo actual y para sus primeros años de aplicación, *Presupuesto y Gasto Público*, 48, pp. 9-36.

De la Fuente Moreno y Gundín, M. (2007). La financiación autonómica en los nuevos estatutos regionales, *Hacienda Pública Española*, 182.

De la Fuente Moreno, A. (2012). Sobre el pacto fiscal y el sistema de concierto, *Fundación SEPI*.

De los Ríos Berjillos, A. (2001). Los objetivos de financiación autonómica. Una perspectiva desde los principios de autonomía, solidaridad, coordinación y suficiencia, *Presupuesto y Gasto Público*, 26.

Díaz Revorio, F. J. (2001). Las sentencias interpretativas del Tribunal Constitucional, *Lex Nova*.

Fernández Segado, F. (2012). La solidaridad como principio constitucional, *Teoría y Realidad Constitucional*, 30, pp. 139-181.

Freire, J. M. (2005). Cobertura poblacional del Sistema Nacional de Salud: importancia y retos de la universalización y la equidad en el aseguramiento. En Repullo Labrador, J. R., y Otero Ochoa, L. A. (Coords.). *Un nuevo contrato social para un sistema nacional de salud sostenible*, pp. 61-100, España: Ariel.

Gamazo Chillón, J. C. (2000). Financiación territorial para la sanidad pública en España: estudio de su evolución en las últimas décadas (1981-2001), *Revista de la Administración Sanitaria*, 4(16), pp. 161-177.

- García Altés, A., Rodríguez Sanz, M., Borrell, C., y Pérez, G. (2008). Desigualdades en salud y en la utilización y el desempeño de los servicios sanitarios en las Comunidades Autónomas, Cuadernos económicos de ICE, (75), pp. 115-128.
- García Armesto, S., Abadía Taira, M. B., Durán, A., Hernández Quevedo, C., y Bernal Delgado E. (2010). Spain: health system review, Health System in Transition, 12(4), pp. 295.
- García de Enterría, E. (1985). Estudios sobre autonomías territoriales, Thomson Reuters Civitas.
- García de Enterría, E. (1981). La posición jurídica del Tribunal Constitucional en el sistema español: posibilidades y perspectivas, Revista Española de Derecho Constitucional, (1), pp. 35-131.
- García Morillo, J., y Pérez Tremps, P. (1998). Constitución y financiación autonómica, Tirant lo Blanch.
- García Moncó Martínez, A. (2011). El sistema de financiación autonómica, En Álvarez Conde, E., Rosado Villaverde, C., y Sanjuán Andrés, F. J. (Coords.), Estudios sobre la Sentencia 31/2010, de 28 de junio, del Tribunal Constitucional sobre el Estatuto de Autonomía de Cataluña, pp. 425-458. España: Instituto de Derecho Público de la Universidad Rey Juan Carlos.
- García Pelayo, M. (1981). El “status” del Tribunal Constitucional, Revista Española de Derecho Constitucional, No. 1, pp. 11-34.
- García Roca, J. (2019). “El tempo moderato” de la intervención coercitiva del Estado (artículo 155 CE) en Cataluña: un comentario a las SSTC 89 y 90/2019, en particular, proporcionalidad y test de necesidad o razonabilidad de las medidas, Teoría y Realidad Constitucional, (44), pp. 503-524. doi: doi.org/10.5944/trc.44.2019.26026
- Gené-Badía, J., Gallo, P., Hernández-Quevedo, C., y García-Armesto, S. (2012). Spanish health care cuts: penny wise and pound foolish?, Health policy, 106(1), pp. 23-28. doi: doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.02.001
- Girón Reguera, E. (2007). La incidencia de la reforma de los Estatutos de Autonomía en la financiación autonómica, Revista Española de Derecho Constitucional, No. 80, pp. 75-111.

- Gomá Carmona, R. Subirats, J., y Brugué, J. (2005). Riesgos de exclusión social en las Comunidades Autónomas, Documentos de Trabajo, Fundación BBVA, No. 5, pp. 187-193.
- Gómez Orfanel, G. (2020). Las medidas y la aplicación del art. 155 CE a Cataluña, Revista Española de Derecho Constitucional, No. 120, pp. 345-375.
- González López Valcarcel, B., y Barber Pérez, P. (2006). Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud de España, Documentos de Trabajo de la Fundación Alternativas, No. 90, pp. 20-41.
- Hinojosa Torralvo, J. J. (2020). La evaluación del modelo de financiación autonómica en España. Evaluación y perspectivas, Revista jurídica de investigación e innovación educativa, No. 22, pp. 73-94.
- Lago Montero, J. M. (2008). Las grietas del sistema de financiación autonómica: ¿hacia un confederalismo social insolidario? En Villar Ezcurra, M., Martínez Lafuente, A., y Herrera Molina, P. M. (Coords). Estudios Jurídicos en memoria de Don César Albiñana García-Quintana, Vol. 3, pp. 2985-3034. España: Ministerio de Hacienda, Instituto de Estudios Fiscales.
- López Aguilar, J. F. (2016). Cuestión catalana y crisis constitucional, Teoría y Realidad Constitucional, No. 37, pp. 273-308.
- López Laborda, J. (2010). La reforma del sistema de financiación de las Comunidades Autónomas: descripción, primera valoración y algunas cuestiones pendientes, En Bosh, N., y Solé-Ollé, A. (Eds.). Informe sobre Federalismo Fiscal en España 2009, Institut d'Economia de Barcelona, pp. 22-37.
- López i Casanovas, G. (2016). Crisis económica, gasto sanitario y desigualdades en salud, ICADE: revista de la Facultad de Derecho, No. 99, 17-43.
- López i Casanovas, G. (2005). Descentralización Sanitaria de la segunda generación, AA.VV. XXV Jornadas de Economía de la Salud, AES, 59-70.
- Martín Ayala, M. (2020). La ausencia de un modelo socio-sanitario en la crisis del COVID-19, Derecho y Salud, No. 30, extra 1, pp. 47-57.

Martín Martín, J. J. (2015). Las retribuciones en el Sistema Nacional de Salud, Presupuesto y Gasto Público, No. 79, pp. 149-162.

Martín Queralt, J., y García Moreno, V. A. (2007). Comentarios al título IX (Economía y Hacienda) del Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana, modificado por la Ley 1/2006, de 10 de abril, Corts: anuario de Derecho Parlamentario, No. 18, pp. 463-464.

Martínez Labo, M. A. (2010). La financiación de las Comunidades autónomas y la sentencia del Tribunal Constitucional sobre el Estatuto de Cataluña, Revista de Información Fiscal, 102.

Medina Guerrero, M. (2005). El principio de cooperación como principio estructural del Estado Autonómico: su incidencia en las relaciones competenciales entre el Estado y las Comunidades Autónomas, AA.VV. Relaciones con el Estado y otras Comunidades Autónomas. Cooperación, coordinación y conflicto, Comares, 5-23.

Medina Guerrero, M. (2013). El estado autonómico en tiempos de disciplina fiscal, Revista Española de Derecho Constitucional, No. 98, pp. 109-147.

Medina Guerrero, M. (2014). La constitucionalización de la regla de equilibrio presupuestario: integración europea, centralización estatal, Revista de Estudios Políticos, No. 165, pp. 189-201.

Moreno Fuentes, M. J. (2013). Retos, reformas y futuro del sistema nacional de salud, REAF, n. 18.

Muñoz Machado, S. (2004). La cohesión del sistema nacional de salud, Derecho y salud, 12, pp. 15-24.

Muñoz Machado, S (2009). Tratado de Derecho Administrativo y Derecho Público General III, Iustel.

Ortún, V., López i Casasnovas, G., y Puig, J. (2005). El sistema de financiación capitativo: posibilidades y limitaciones, En Sáez Zafra, M., y Saurina Canals C. (Ed.) Condicionantes en la utilización de los servicios de atención primaria, pp. 115-134. España: Documenta Universitaria.

- Parejo Alfonso, L. (2015). Estado y procesos de cambio. Del estado prestacional al garante de la prestación, *Revista Parlamentaria de la Asamblea de Madrid*, No. 33.
- Pérez de los Cobos Hernández, E. (2020). Desafío del independentismo catalán al Estado autonómico, *Revista Aragonesa de Administración Pública*, No. 55, pp. 278-361.
- Permán Gavín, J. M. (2005). Asistencia sanitaria y Sistema Nacional de Salud: estudios jurídicos, pp. 43-121. España: Comares.
- Permán Gavín, J. M. (2009). El sistema español de autonomías territoriales: apuntes para un diagnóstico, *Revista Aragonesa de Administración Pública*, No. 35, pp. 11-50.
- Pont Vidal, J. (2020). Gobernanza de la pandemia del COVID-19 y modelos de gestión: ¿hacia un nuevo tipo de vínculo sociedad-Estado?, *Revista Do Servicio Público, ENAP*, n. 71, pp. 235-265.
- Puig Junoy, J. Castellanos Maduell, A., y Planas, I. (2005). Análisis de los factores que inciden en la dinámica del crecimiento del gasto sanitario público. Registro histórico y proyecciones 2004-2013, En Puig Junoy, J. (Coord.) *¿Más recursos para la salud?*, pp. 93-130. España: Masson.
- Repullo Labrador, J. R. (2006). Los instrumentos extra-competenciales para el gobierno del Sistema Nacional de Salud, *Derecho y Salud*, No. 5, extra-2, pp. 11-26.
- Rey Biel, P. y Rey del Castillo, J. (2012). La sanidad y el pacto fiscal catalán, *Claves de Razón Práctica*, No. 226, pp. 52-61.
- Rey del Castillo, J. (2003). Una propuesta alternativa para la coordinación del sistema nacional de Salud Español, *Documentos de Trabajo de la Fundación Alternativas*, 9.
- Ribes Ribes, A. (2019). El fondo de liquides autonómico como mecanismo adicional de financiación de las Comunidades Autónomas, *Revista Española de Derecho Financiero*, No. 183, pp. 49-88.
- Riesgo I. y González-Estefani, A. (2011). Diez temas candentes de la sanidad española para 2011. El momento de hacer más con menos, *Price Whaterhouse Coopers*.

- Rodríguez, M. (1987). La despesa sanitaria a Catalunya: 1982-1984, *Salut Catalunya*, 2(2)
- Rodríguez Vigil Rubio, J. L. (1990). Algunos problemas de la sanidad pública española, *Ábaco: revista de cultura y ciencias sociales*, 8.
- Rodríguez-Vigil Rubio, J. L. (2012). El reto de la cohesión del Sistema Nacional de Salud, En Pemán Gavín, J. M., Kölling, M. (Eds). *La Descentralización Sanitaria*, pp. 87-116. España: Fundación Manuel Giménez Abad.
- Roldán Barbero, J. (2019). El desafío soberanista en Cataluña y el derecho de la UE, *Revista de Derecho Comunitario Europeo*, 63, 387-404.
- Sevilla Segura, J. V. (2014). El capital social en el siglo XXI. Desigualdad y políticas públicas, *Letra Internacional*, (119), pp. 31-42.
- Sieira Mucientes, S. (2020). Estado de alarma, *Euonomía. Revista en Cultura de la Legalidad*, No. 19, pp. 275-305.
- Solózabal Echevarría, J. J (2006). Bases constitucionales de una posible política sanitaria en el Estado autonómico, *Documentos de trabajo de la Fundación Alternativas*, (89), 3-8.
- Solózabal Echevarría, J. J. (2011). El derecho constitucional a la salud en el Estado autonómico, En Gascón Abellán, M., González Carrasco, M. C., y Cantero Martínez, J. (Coords.). *Derecho Sanitario y Bioética: Cuestiones Actuales*, España: Tirant lo Blanch.
- Solózabal Echevarría, J. J. (2005). El Estatuto del Gobierno y su configuración efectiva como órgano del Estado, En Aragón Reyes, M., y Gómez Montoro, A. J. (Coord.). *El gobierno: problemas constitucionales*, pp. 69-98. España: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales.
- Tajadura Tejada, J. (2007). El principio de solidaridad en el Estado Autonómico, *Cuadernos de Derecho Público*, 32.
- Urbanos Garrido, R. y González López-Valcarcel, B. (2014). El modelo sanitario en peligro, *Mediterráneo económico*, No. 25, pp. 331-346.

- Vaquer Caballería, M. (2004). La coordinación y el consejo interterritorial del sistema nacional de salud, En Parejo Alfonso, L., Palomar Olmeda, A., y Vaquer Caballería, M. (Coords.). La reforma del Sistema Nacional de Salud: cohesión, calidad y estatutos profesionales, pp. 111-166. Madrid: Marcial Pons.
- Vaquer Caballería, M. (2012). Derechos sociales, crisis económica y principio de igualdad, En Tornos Mas, J. (Dir.), y Moya Malapeira, D. (Subdir.). Informe de las Comunidades Autónomas 2011, pp. 75-97. Barcelona: Instituto de Derecho Público.
- Vega García, A. (2014). El principio constitucional de solidaridad interterritorial en España y en Alemania: aplicación y límites, REAF, No. 20, pp. 214-277.
- Velasco Caballero, F. (2020). Estado de alarma y distribución territorial del poder, El Cronista del Estado Social y Democrático de Derecho, 86/87, pp. 78-87.
- Vidal Prado, C. (2001). Fondo de Compensación Interterritorial como instrumento de solidaridad, Granada: Comares.
- Vilalta, M. (2020). El model de finançament de la Generalitat de Catalunya: una guia per entendre què ha passat, con som i con podrien ser dèma, Revista de Temes Contemporanis, extra-50.
- Villar Rojas, F.J. (2008). De la integración a la separación de funciones del sistema sanitario: objetivos, modalidades y balances, Derecho y Salud, No. 16, extra-2, pp. 95-109.
- Villaverde, J. y Maza, A. (2020). Las disparidades de renta interregionales: tendencias y determinantes, En Ayala, L., y Ruiz-Huerta, J. (Dirs.). Cuarto Informe sobre desigualdad en España. Una perspectiva Territorial. Fundación Alternativas, 27-49.
- Zagrebelsky, G. (2005). Historia y Constitución, Editorial Trotta, 2005.
- Zabalza Martí, A. (2012). El pacto fiscal catalán, Cuadernos Manuel Giménez Abad, No.3, pp.43-48.