



# Buen gobierno y buena administración en la sanidad pública (1)

## Good governance and good administration at public Health

MIRIAM CUETO PÉREZ

Catedrática de Derecho Administrativo  
Universidad de Oviedo  
mcuetop@uniovi.es

DOI: <https://doi.org/10.47623/ivap-rvap.120.2021.02>

**LABURPENA:** Osasunaren eremua sektorerik garrantzitsuenetako bat da herri-tarrentzat, oraingo krisiak agerian utzi duen bezala, eta horregatik, zerbitzu publiko hori egoki kudeatzea bermatzen duten aurrerapenak gertatu behar dira. Egiturazko aldaketak eskatu dira aspalditik, eta gobernu onaren printzipioetatik bultzatu ahal dira horietako asko, bai eta administrazio on baterako eskubidea benetan eta eraginkortasunez ezarri ere. Gobernu onaren ikuspegitik aurrerapen handiagoak behar dira zenbait alderdi bermatzeko, hala nola ekitatea, erabakiak hartzeko prozesuaren profesionalizatzea eta jokabide-kode etikoen ezarpena. Eremu sanitarioko administrazio onak, berriz, arau sanitarioetan aurretiaz aitortutako eskubideak lorzea dakar, bai eta pazientearen egoera juridikoa indartzea ere.

**HITZ GAKOAK:** Administrazio ona. Gobernantza ona. Zerbitzu publikoak. Osasun publikoa.

**ABSTRACT:** Health is one of the most important sectors for citizenship, as the ongoing crisis has shown, and accordingly some advances have to be introduced in order to ensure the adequate managing of this public service. For some time now some structural changes have been called which many of them can be promoted both from the principle of good government and from a real and effective implementation of the right to good administration. From the perspective of the good government, some advances are necessary to ensure issues as equity, the professionalization of the decision making process and the implantation of the ethic codes of conduct. For its part, good administration within the health sector implies the realization of rights previously acknowledged by the health laws and the strengthening of the legal position of the patient.

**KEYWORDS:** Good administration. Good governance. Public services. Public Health.

---

(1) Este trabajo se realiza en el marco del proyecto de investigación del Plan Nacional MCIU-19-RTI2018-097840-B-I00, bajo el título *Gestión indirecta de servicios socio-sanitarios a la luz de la nueva regulación de contratos del sector público: el paradigma de la buena administración*.

**RESUMEN:** El ámbito sanitario constituye uno de los sectores que presentan una mayor importancia para la ciudadanía, como ha puesto en evidencia la actual crisis. por ello se deben producir avances que garanticen la adecuada gestión de este servicio público. Desde hace tiempo se han venido reclamando cambios estructurales muchos de los cuales se pueden impulsar desde los principios de buen gobierno como desde una implantación real y efectiva del derecho a una buena administración. Desde la perspectiva del buen gobierno son necesarios unos mayores avances que garanticen aspectos como la equidad, la profesionalización de la toma de decisiones y la implantación de códigos éticos de conducta. Por su parte, la buena administración en el ámbito sanitario implica la consecución de derechos previamente reconocidos en las normas sanitarias y el refuerzo de la posición jurídica del paciente.

**PALABRAS CLAVE:** Buena administración. Buen gobierno. Servicios públicos. Sanidad pública.

Trabajo recibido el 8 de febrero de 2021

Aceptado por el Consejo de Redacción el 21 de mayo de 2021

**Sumario.** I. Introducción.—II. Buen gobierno en el ámbito sanitario: necesidad de avances. 1 Algunas previsiones normativas. 2. Necesidad de reforzar la salud pública. 3. Universalidad versus equidad. 4. La participación de profesionales y pacientes en la toma de decisiones. 5. Descentralización y profesionalización de los órganos de decisión. 6. Implantación de códigos éticos que eviten los conflictos de intereses.—III. Buena administración en el SNS: configuración jurídica. 1. Delimitación de contenidos. 2. La posición jurídica del paciente en el ejercicio de ciertos derechos. 2.1. Derecho a la atención en un tiempo máximo de espera. 2.2 Derecho a la libre elección de facultativos y centros y derecho a obtener una segunda opinión médica.

## I. Introducción

El sector público sanitario constituye, sin duda, uno de los principales pilares del Estado social, y es a la vez uno de los servicios públicos más valorados por la ciudadanía, lo que inevitablemente lleva a que el grado de exigencia sobre su funcionamiento sea mayor. Si esto era así con anterioridad al desencadenamiento de la pandemia provocada por el COVID 19, en estos momentos es evidente que la gestión de la sanidad se ha colocado en el epicentro de las políticas públicas. La crisis sanitaria ha puesto en jaque la propia seguridad de los Estados, la vida de sus ciudadanos, su actividad económica, así como los propios principios democráticos de un Estado de Derecho. En nuestro país esto implica poner en valor el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS), tanto en su vertiente asistencial ligada a las prestaciones sanitarias, como en su vertiente preventiva, ligada al ámbito de la salud pública (la vigilancia epidemiológica, así como las medidas educativas van a tener un protagonismo propio en los próximos años). A pesar de que España cuenta con un buen sistema sanitario ampliamente reconocido internacionalmente(2), la crisis sanitaria actual ha puesto también en evidencia carencias e importantes debilidades. Las sucesivas olas de contagios que se han sucedido durante la pandemia han puesto en evidencia cómo en algunas CCAA la capacidad de respuesta para atender el gran número de enfermos resultó insuficiente, habiendo tenido incluso que llegar a la priorización de enfermos (los llamados triajes) e incluso a la denegación de asistencia, con todo lo que esto implica de fracaso, tanto para los profesionales, como para los enfermos y sus familias, así como

---

(2) HERNÁNDEZ AGUADO, I. (2018), «Diseño institucional y buen gobierno: avances y reformas pendientes», *Cuadernos Económicos ICE*, n 96, (ejemplar dedicado a: Sistema Nacional de Salud: retos y tareas pendientes tras la gran Recesión), págs. 145-164.

para la sociedad en su conjunto (3). De igual forma, ha sido palpable que la falta de inversión, de previsión y de planificación en el ámbito de las políticas de salud pública impidió una reacción más anticipada a la situación, lo cual sin duda hubiese aliviado en buena medida los momentos de mayor gravedad (4).

Si desde hace tiempo se viene reclamando la necesidad de reforma, de mejora y de fortalecimiento del SNS (5), en estos momentos resulta imprescindible que los poderes públicos den los pasos necesarios para satisfacer dicha demanda, corrigiendo las debilidades que se han puesto de manifiesto (falta de capacidad como país de producir o adquirir medios y equipos materiales, insuficientes medios humanos disponibles, carencias en atención primaria, falta de planes de vigilancia en salud pública, coordinación estatal insuficiente...) y logrando un eficaz funcionamiento de todos los instrumentos que sirven para satisfacer el derecho a la protección de la salud de las personas. La incorporación de los principios de buen gobierno y buena administración al ámbito sanitario puede ser un buen punto de partida para lograr sistemas sanitarios más eficaces y más eficientes, teniendo en cuenta que los recursos económicos no son infinitos y que nos acercamos de nuevo a una época de fuertes restricciones presupuestarias cuando todavía nos lastran los recortes de la anterior crisis económica (6). El sector público sanitario siempre ha tenido un especial impacto económico, desde el punto de vista del gasto presupuestario que supone para las Administraciones, pero también desde otros ángulos: es un sector estratégico que genera empleo altamente cualificado, una gran demanda de productos y servicios y que tiene un enorme potencial como sector innovador en el ámbito tecnológico, en el ámbito de la I+D+i y en el de su propia organización y funcionamiento. Lograr una mejora de la gestión, implicando tanto a los profesionales como a los pacientes mediante una participación activa, concienciar a la población de la necesidad de adoptar hábitos saludables a lo largo de las dis-

---

(3) GONZÁLEZ SUÁREZ, G. (2020), «Análisis ético y jurídico sobre los criterios de priorización de enfermos en las unidades de cuidados intensivos», *Derecho y Salud*, vol. extraordinario 30, núm. 2, págs. 44-56; GONZÁLEZ CARRASCO, C. (2020), «Responsabilidad patrimonial y civil por contagios del SARS-COV-2 en residencias de mayores: Nexo causal y criterios de imputación», *Derecho y Salud*, vol. 30, extraordinario núm. 1, págs. 22-35; MARTÍNEZ NAVARRO, J.A. (2021), *Los efectos de la Covid-19 en las residencias de mayores*, RVAP, núm. 119, págs. 127-166.

(4) Sobre la falta de desarrollo de la LGSP *vid.* CIERCO SEIRA, C. (2020), «El letargo de la Ley General de Salud Pública», en *Retos del derecho a la salud, de la salud pública en el siglo XXI*, (Dir.: Laura SALAMERO TEIXIDÓ), Thomson Reuters Aranzadi, 2020.

(5) ORTÚN-RUBIO, V. (2002), «Reforma de la sanidad», *Las estructuras del bienestar: propuestas de reforma y nuevos horizontes* ( coord. por Santiago MUÑOZ MACHADO, José Luis GARCÍA DELGADO, Luis GONZÁLEZ SEARA), Ed. CIVITAS, págs. 159-208.

(6) REPULLO LABRADOR, J.R. (2012), «La sostenibilidad de las prestaciones sanitarias públicas» en *Crisis económica y atención a las personas vulnerables* (M.A. PRESNO LINERA, coord.), Oviedo.

tintas etapas de la vida, actualizar las funciones y cometidos de los distintos profesionales en el ámbito asistencial, reforzar el papel que juega el acceso a la sanidad como elemento de cohesión social, así como avanzar en una verdadera coordinación y colaboración de los Servicios de Salud autonómicos, puede contribuir al logro de estos objetivos.

La Unión Europea ha incluido la salud pública en el ámbito de sus políticas sectoriales, pero con una incidencia irregular y desigual en relación con los distintos aspectos que afectan a las políticas de los Estados. En el Tratado de Funcionamiento de la UE (7) varios preceptos abordan las cuestiones relativas al ámbito de la salud pública. Así en su art. 6 se señala que «la Unión dispondrá de competencia para llevar a cabo acciones con el fin de apoyar, coordinar o complementar la acción de los Estados miembros». Incluyendo dentro de los ámbitos de estas acciones: «la protección y mejora de la salud humana». Igualmente, se apunta la necesidad de aproximar las legislaciones de los Estados miembros en materia de salud «teniendo en cuenta especialmente cualquier novedad basada en hechos científicos» (art. 114), la necesidad de proteger la salud pública en relación con la protección de consumidores y usuarios (art. 169) y también en materia medio ambiental (art. 191), pero sin duda el precepto más importante es el art. 168 que otorga a la salud pública un carácter transversal e informador de todas las políticas y acciones de la Unión (8). Especial importancia se da a la lucha contra las pandemias transfronterizas y a la adopción de medidas que tengan directamente como objetivo la protección de la

---

(7) Tratado de la Unión Europea y del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea, tras las modificaciones introducidas por el Tratado de Lisboa firmado el 13 de diciembre de 2007 en Lisboa y que entró en vigor el 1 de diciembre de 2009.

(8) Art. 168. «1. La acción de la Unión, que complementará las políticas nacionales, se encaminará a mejorar la salud pública, prevenir las enfermedades humanas y evitar las fuentes de peligro para la salud física y psíquica, incluyendo la lucha contra las enfermedades más graves y ampliamente difundidas, apoyando la investigación de su etiología, de su transmisión y de su prevención, así como la información y la educación sanitarias, y la vigilancia de las amenazas transfronterizas graves para la salud, la alerta en caso de tales amenazas y la lucha contra ellas.

La Unión complementará la acción de los Estados miembros dirigida a reducir los daños a la salud producidos por las drogas, incluidas la información y la prevención.

2. La Unión fomentará la cooperación entre los Estados miembros en los ámbitos contemplados en el presente artículo y, en caso necesario, prestará apoyo a su acción. Fomentará, en particular, la cooperación entre los Estados miembros destinada a mejorar la complementariedad de sus servicios de salud en las regiones fronterizas.

Los Estados miembros, en colaboración con la Comisión, coordinarán entre sí sus políticas y programas respectivos en los ámbitos a que se refiere el apartado 1. La Comisión, en estrecho contacto con los Estados miembros, podrá adoptar cualquier iniciativa útil para fomentar dicha coordinación, en particular iniciativas tendentes a establecer orientaciones e indicadores, organizar el intercambio de mejores prácticas y preparar los elementos necesarios para el control y la evaluación periódicos. Se informará cumplidamente al Parlamento Europeo.

3. La Unión y los Estados miembros favorecerán la cooperación con terceros países y las organizaciones internacionales competentes en materia de salud pública».

salud pública en lo que se refiere al tabaco y al consumo excesivo de alcohol, con exclusión de toda armonización de las disposiciones legales y reglamentarias de los Estados miembros. El precepto deja claro que la acción de la Unión en el ámbito de la salud pública respetará las responsabilidades de los Estados miembros por lo que respecta a la definición de su política de salud, así como a la organización y prestación de servicios sanitarios y atención médica, y la asignación de los recursos que se destinan a dichos servicios, rigiendo por lo tanto el principio de subsidiaridad en esta materia. Por su parte, el art. 35 de la Carta de Derechos Fundamentales de la UE recoge que toda persona tiene derecho a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales y que «al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana».

En nuestra Constitución el art. 43 recoge el derecho a la protección de la salud como principio rector de la política económica y social, desde dos planos complementarios, el asistencial y el preventivo, señalando que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios, remitiéndose a la Ley para la concreción de los derechos y deberes al respecto. Por lo tanto, ambos planos deben ser atendidos por las distintas Administraciones implicadas en la gestión sanitaria, sin olvidar, que en el reparto competencial que fija el art. 149.1.16 CE si bien la prestación de la asistencia sanitaria pasa a ser competencia de las CCAA si sus Estatutos así lo recogen, la coordinación de toda la sanidad es del Estado, el cual está llamado también a fijar las bases del marco jurídico, teniendo la competencia exclusiva en materia de sanidad exterior y en la legislación sobre productos farmacéuticos.

Este trabajo tratará de establecer cómo en el ámbito sanitario se han incorporado de forma temprana algunos principios que en la actualidad podrían formar parte del llamado buen gobierno y del derecho a una buena administración. Muchas veces se utilizan estos términos en un sentido amplio y de forma poco precisa, sin una distinción clara entre ambos planos(9), lo que permite que algunos principios se puedan identificar tanto en el marco del buen gobierno como en el de la buena administración, como ocurre con el principio de transparencia, el de participación o el de imparcialidad. Sin embargo, en el ámbito sanitario se tratará de delimitar qué contenidos se pueden identificar con el buen go-

---

(9) BOUSTA, R. (2020), «La polisemia del derecho a una buena administración: Análisis crítico de los ordenamientos europeo y español», *Revista de la Facultad de Derecho de México*, vol. 70, núm. 276, 1, 2020, págs. 199-230. MENÉNDEZ SEBASTIÁN, E. (2021), *De la función consultiva clásica a la buena administración*, Marcial Pons, págs. 20 y ss.

bierno, con la toma de decisiones, con el plano político y de actuación de las autoridades, y qué contenidos se deben identificar con el derecho a una buena administración, es decir, con el plano de la ejecución de esas decisiones, en relación con una actuación administrativa, que no olvidemos tiene un contenido especialmente material y técnico (10), aunque en la actualidad se acompaña de un complejo entramado procedimental, en la que se ha ido reforzando la posición jurídica del particular. Nuestro sistema sanitario claramente precisa consolidar y avanzar en los principios de buena administración que ya contempla e incorporar principios de buen gobierno que permitan lograr una mejora del funcionamiento del SNS, para ello se analizarán las previsiones normativas, tanto estatales como autonómicas, atendiendo a la tanto a la salud pública como a la asistencia sanitaria. Tal vez ha llegado el momento de buscar un pacto por la sanidad entre las principales fuerzas políticas, dada la importancia de su adecuado funcionamiento para el conjunto de la ciudadanía y la evidente necesidad de reformas. El enorme sufrimiento que está suponiendo para la sociedad española el paso por la actual pandemia debería ser suficiente argumento para apartar las disputas ideológicas y atender a los acuerdos existentes en la comunidad científica y entre los expertos en gestión sanitaria sobre la bondad de incorporar ciertas medidas.

## II. Buen gobierno en el ámbito sanitario: necesidad de avances

### 1. Algunas previsiones normativas

En primer lugar, es necesario señalar que en el ámbito de la Unión Europea desde hace tiempo se han producido iniciativas encaminadas a mejorar la gestión de los Sistemas Nacionales de Salud y en este marco la Comisión de Buen Gobierno Sanitario del Consejo de Europa aprobó en 2010 el documento *Recomendaciones para el Buen Gobierno de los Sistemas de Salud* en el que se contemplaban una serie de principios de actuación, partiendo de la premisa de que una buena gobernanza tiene una influencia positiva en todas las funciones del sistema sanitario, de manera que lleva a unos mejores resultados en materia de salud. Estos principios llevarían a la exigencia del cumplimiento del marco normativo y presupuestario, al respeto a la universalidad, equidad y solidaridad del sistema, a la rendición de cuentas, transparencia y responsabilidad en la gestión, al incremento de la eficiencia, calidad y seguridad y a la necesidad de una participación activa de los profesionales y ciudadanos para

---

(10) PONCE SOLÉ, J. (2016), «La discrecionalidad no puede ser arbitrariedad y debe ser buena administración», *Revista Española de Derecho Administrativo*, núm. 175, enero-marzo, págs. 57-84.

dar respuesta adecuada a la demanda de prestaciones. Igualmente tienen su reflejo en aspectos de carácter ético, como la integridad de todos los implicados, la formulación de códigos de conducta, la atención a los conflictos de interés y la prevención del fraude y la corrupción en el sistema.

En España de forma reciente y aún muy embrionaria se han dado algunos pasos hacia el buen gobierno en el ámbito sanitario. Lo primero que cabe señalar es que ninguna de las leyes básicas en materia de sanidad hacen referencia al término buen gobierno, lo cual no quiere decir que no se hayan desarrollado algunos de los principios que podemos identificar con este término en las mismas. En el ámbito autonómico, la preocupación por el buen gobierno en este ámbito está presente en algunas CCAA, siendo el ejemplo más evidente, el País Vasco, donde se han dado pasos importantes, algunos de forma temprana, como la creación de los Consejos Asesores del Departamento de Sanidad, ahora regulados por el Decreto 121/2005, de 24 de mayo(11), buscando un refrendo en la toma de decisiones con un asesoramiento experto que ponderase las diferentes alternativas de solución y los intereses de los distintos sectores implicados. Los Consejos Asesores tratan de ser un instrumento para aunar, por un lado, las aportaciones de expertos de reconocido prestigio y de sus asociaciones profesionales y, por otro, la experiencia de gestores clínicos y sanitarios, involucrando a los profesionales sanitarios en la orientación de los servicios clínicos hacia los objetivos previstos en las diferentes ámbitos de actuación vinculados a la salud: prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, información e investigación, atendiendo al uso más eficiente de los recursos públicos. En 2010 se creó el Consejo Asesor sobre el Código de Buen Gobierno en la Sanidad Pública Vasca, cuya labor dio lugar a que en 2012 se formularan las *Recomendaciones del Consejo Asesor sobre el Buen Gobierno de la Sanidad Pública Vasca*, reflejadas en buena medida en el Plan de Salud 2013-2020 del País Vasco, que enfatizó la necesidad de una reorganización de todos los servicios sanitarios a todos los niveles, tanto en lo que se refiere al Servicio de Salud, como a las unidades de atención (hospitales, Atención Primaria, etc.)(12); igualmente se puso el acento en prestar una especial atención a ciertos ámbitos, como es el de las enfermedades crónicas, sin duda, uno de los principales problemas que deberá asumir el SNS en los próximos años, y la eficaz coordinación entre servicios sanitarios y sociales, así como una atención global desde todos los ámbitos de responsabilidad a la sa-

(11) Los Consejos Asesores se regularon por primera vez en el Decreto 240/1993, de 3 de agosto.

(12) Un comentario detallado del mismo en CABASÉS HITTA, J.M. (2013), «Reflexiones sobre la sanidad pública en España en el Horizonte 2020», *Documentos de Trabajo (Universidad Pública de Navarra. Departamento de Economía)*, Núm. 7.

lud pública, impulsando la prevención, protección y promoción de la misma.

Por su parte, la Comunidad de Madrid aprobó la Ley 11/2017, de 22 de diciembre, de buen gobierno y profesionalización de la Gestión de los Centros y Organizaciones Sanitarias del Servicio Madrileño de Salud (LBGSM), una Ley que contó con un amplio consenso parlamentario, lo cual ya merece una valoración positiva en un momento en el que los acuerdos políticos son complicados. Esta Ley siguiendo la Resolución 24/2015, de 22 de octubre, de la Asamblea de Madrid trata de regular cinco aspectos, que a juicio del legislador «constituyen el denominador común de buen gobierno y buena gestión pública para los centros y organizaciones sanitarias en los países de nuestro entorno: órganos colegiados de gobierno en todas las organizaciones del Servicio Madrileño de Salud; profesionalización de la función directiva; fortalecimiento de los órganos de asesoramiento y participación; establecimiento de instrumentos de buen gobierno y autonomía de gestión y capacidad de innovación». Sin duda, esta norma planteaba cuestiones importantes, además de ser la primera norma con rango de ley que regulaba el buen gobierno de las organizaciones sanitarias, dando pasos en aspectos que unánimemente se consideraba necesario mejorar, como la ausencia de órganos colegiados al frente de las organizaciones y centros, la profesionalización de los directivos y sobre todo la falta de autonomía, tanto de los Servicios de Salud de las CCAA, como de sus organizaciones (áreas de salud, hospitales). Sin embargo, una vez aprobada su implementación está resultando complicada y lo cierto es que no se han adoptado las medidas contempladas, en una parte, porque cualquier modificación de las condiciones laborales de los profesionales sanitarios, suele conllevar un inmediato rechazo, pero también porque pese al consenso alcanzado, políticamente no se ha mostrado un especial interés en su desarrollo.

Incluir los principios de buen gobierno en el ámbito sanitario, implica organizar y gestionar la sanidad con fórmulas e instrumentos que mejoren los resultados de acuerdo con la experiencia previa de otros sistemas(13). Sin embargo, aunque la necesidad de avanzar por esta senda está fuera de toda duda, su consecución está siendo lenta, lo cual ha tenido efectos visibles en esta crisis sanitaria, poniendo de manifiesto como los sistemas sanitarios autonómicos presentan importantes diferencias, lo cual puede suponer dos cosas, o bien el marco jurídico básico no ha sido suficiente para que en las distintas partes del territorio hubiese una respuesta suficiente, o bien los desarrollos autonómicos han sido tan dispares que han distorsionado la cohesión del

---

(13) FREIRE, J.M. (2014), «Los retos de las reformas sanitarias en el SNS», *Mediterráneo económico*, núm. 26, 2014, págs. 351-368.

sistema. En todo caso, los estudios teóricos habían insistido en los últimos tiempos en reforzar el SNS incorporando los principios de buen gobierno para cohesionarlo (14). Pasemos ahora a analizar las carencias del sistema y la incorporación de algunos de esos principios al ámbito sanitario.

## 2. Necesidad de reforzar la salud pública

Tras el desencadenamiento de la crisis sanitaria en 2020, se ha puesto de manifiesto que en el ámbito del SNS además de una asistencia sanitaria de calidad resulta igualmente indispensable el desarrollo de acciones encaminadas a la prevención, promoción y protección de la salud pública. El art. 43 de la CE incluye la obligación de los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas, así como de fomentar la educación sanitaria. Sin embargo, lo cierto es que la salud pública ha sido dentro de la sanidad la gran olvidada a lo largo del tiempo, siendo, sin duda, sus medidas y actuaciones parte fundamental del buen gobierno en el ámbito sanitario (15). El sistema sanitario no solamente debe atender a la enfermedad de los ciudadanos, sino que también debe facilitar medidas (educativas, informativas, preventivas...) destinadas a preservar la salud de la población; las razones parecen obvias, por un lado, por el propio bienestar de la ciudadanía, pero también por razones de eficiencia en la utilización de los recursos públicos, pues resulta evidente que un alto nivel de salud de la población contribuye directamente a reducir el coste de la asistencia sanitaria. Sin embargo, lo cierto es que, si la asistencia sanitaria está siempre en la agenda política por su visibilidad e importancia para los ciudadanos, las medidas vinculadas a la salud pública han sido objeto de una menor atención (16), principalmente porque requieren igualmente una importante inversión pero, en cambio, no son apreciadas en igual medida por la ciudadanía produciéndose sus resultados a largo plazo, lo que aleja el interés de los responsables políticos sobre el asunto. Es evidente que en una campaña electoral resulta mucho más vistoso prometer a los ciudadanos que se va a inaugurar un nuevo hos-

---

(14) Sin embargo, son muchos los documentos que insisten en esa idea algunos de especial relevancia: «*Sistema Nacional de Salud: diagnóstico y propuestas de avance*», de la Asociación de Economía de la Salud.

(15) CIERCO SIEIRA, C., *op. cit.*, págs.146-147.

(16) HERNÁNDEZ AGUADO, I. (2018), «Diseño institucional y buen gobierno: avances y reformas pendientes», *Cuadernos Económicos ICE*, núm. 96, (ejemplar dedicado a: Sistema Nacional de Salud: retos y tareas pendientes tras la Gran Recesión), págs. 145-164.

pital en su zona que decir que se va a reforzar la vigilancia epidemiológica en la Comunidad Autónoma. Tal vez en los próximos años esto cambie, pero hasta la fecha, como es bien visible, la salud pública ha sido la gran relegada dentro de las políticas sanitarias.

La temprana Ley Orgánica 3/86, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de Salud Pública, mencionada en los últimos tiempos de forma continuada en los medios de comunicación, se centró en la posible adopción de medidas por parte de las administraciones sanitarias en casos de riesgo para la salud pública, pero no abordó un marco general de actuación, cuestión que se retrasó hasta la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, que en su preámbulo deja constancia de esta situación y por ello incorpora una serie de medidas para paliar el olvido durante tantos años(17). Esta Ley, sin duda, propició los mimbres para que se produjese un antes y un después en materia de salud pública en nuestro país, pero el tono excesivamente declarativo en una buena parte de su articulado y la falta de desarrollo de sus contenidos, llevó a que los mismos quedasen en meras indicaciones de carácter general y que en la práctica los avances fuesen nulos. Durante esta crisis sanitaria se ha echado en falta su implementación y se ha recordado muchas veces por voces autorizadas que probablemente si algunas de sus previsiones se hubiesen materializado, la magnitud de la pandemia y sus consecuencias no hubiesen sido tan abultadas(18). Entre sus medidas más importantes se incluía la necesidad de reforzar los sistemas de vigilancia epidemiológica y la creación de una Red de vigilancia de Salud pública, con mayores cometidos que la *Red Nacional de vigilancia epidemiológica*, y con importantes funciones de asesoramiento, elaboración de informes y coordinación respecto a las actuaciones de vigilancia de las distintas CCAA. Esta Red estaría en dependencia del Ministerio de Sanidad, reforzando claramente sus labores de coordinación y liderazgo, lo que no implica cuestionar el reparto competencial en materia sanitaria que hace el art. 149.1.16 de la CE, pero sí recordar que cuando el problema epidemiológico excede del territorio concreto de una Comunidad Autónoma los parámetros para valorar la situación

---

(17) «Los poderes públicos han de asegurar y mejorar la salud de la población, la actual y la futura, entendiendo la inversión en salud como una contribución decisiva al bienestar social, tanto por el efecto neto de la ganancia en salud como por la contribución a la sostenibilidad de los servicios sanitarios y sociales, sin olvidar la contribución a la sostenibilidad general por el aumento de la productividad asociada a la salud y por el efecto positivo que las políticas de cuidado del medio tienen en el entorno y en la salud humana. La excelente respuesta que hemos dado al requerimiento constitucional de protección de la salud desde la vertiente del cuidado de las personas enfermas, debe ahora complementarse con la vertiente preventiva y de protección y promoción de la salud».

(18) CANTERO MARTÍNEZ, J. (2020), «Propuestas para el reforzamiento del sistema público sanitario a través de medidas de Salud Pública», *Derecho y Salud*, Volumen 30 extraordinario, núm. 1, págs. 11-21.

y las medidas para reaccionar en función de esos parámetros deberían ser diseñadas desde el ámbito estatal.

### 3. Universalidad *versus* equidad

La plena aplicación del principio de equidad al SNS es uno de los objetivos a conseguir, y la equidad se relaciona a su vez con la igualdad en el acceso para todos los ciudadanos, pero también con el principio de universalidad. Este último fue garantizado en la Ley 14/86, de 25 de abril, (LGS), en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Calidad y Cohesión del SNS (LCCSNS) y la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (LGSP), aunque en la práctica su logro no se materializó con carácter pleno (19); cierto es que con la aprobación de la LGSP en su DA sexta se incluyó como beneficiarios a todos los españoles residentes que no se encontraran protegidos por otras normas, lo que supuso prácticamente el logro de la universalidad, pero la aprobación del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril (20), supuso una quiebra importante en esos avances, aprobado en plena crisis económica, dio lugar a un amplio e importante debate jurídico sobre la cuestión (21). El principal colectivo

(19) El RD 1088/1989, de 8 de septiembre, extendió la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a los españoles residentes sin recursos económicos, Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, cuyo artículo 12 reconocía el derecho de los extranjeros empadronados en un municipio español a recibir asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

(20) A pesar de los avances producidos quedaban fuera de cobertura algunos colectivos como las personas mayores de 26 años que no hubieran trabajado nunca; desempleados sin derecho a prestaciones de la Seguridad Social o que ya las hubieran agotado o profesiones liberales que hubieran optado por integrarse en la Mutualidad de Previsión Social de su colegio profesional en lugar de hacerlo en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos. Ahora bien, se trató de una amplitud que nunca llegó a producirse debido a que quedó supeditado al correspondiente desarrollo legislativo en un plazo de seis meses y a que las reformas del RD 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud supusieron un cambio de criterio y ruptura de dicha tendencia, tal y como se desarrollará en las siguientes páginas.

(21) BELTRÁN AGUIRRE, J. (2012), «Real Decreto-Ley 16/2012 de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del sistema nacional de salud. Análisis crítico en relación con los derechos ciudadanos y las competencias autonómicas». *Revista Aranzadi Doctrinal*, núm. 3, (BIB 2012, 940), págs. 191-207; HIERRO, J. (2012), «La prestación por asistencia sanitaria: cuestiones sobre su encuadramiento», *Revista General de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social*, núm. 31; PONCE SOLE, J. (2013), *El derecho y la (ir)reversibilidad limitada de los derechos sociales de los ciudadanos*, Madrid, Instituto Nacional de Administración Pública, 2013; CANTERO MARTÍNEZ, J. (2014), «Universalidad y gratuidad de las prestaciones sanitarias públicas. Una perspectiva constitucional y desde los compromisos internacionales asumidos por España», *Revista Derecho y Salud*, vol. 14, núm. 1, extra 1, págs. 65-118; MONTOYA MELGAR, A. (2018), «Ámbito subjetivo del Sistema Nacional de Salud. (doctrina reciente del Tribunal Constitucional. *Revista Española de Derecho del Trabajo*», núm. 210, 2018, págs. 11-16; DELGADO DEL RINCÓN, L.E. (2019), *El derecho a la asistencia sanitaria de los extranjeros. Limitaciones y problemas competenciales*, Valencia, Tirant lo Blanch; PÉREZ GÁZQUEZ, I.M. (2020), «La pretendida e inalcanzada universalidad de la asis-

excluido del derecho a la asistencia sanitaria gratuita fue el de los inmigrantes sin residencia legal en España, grupo especialmente vulnerable, cuya exclusión tuvo consecuencias sanitarias y sociales negativas, pues resulta evidente que la salud individual de cada persona redundaba en la colectiva, como ha quedado más que evidenciado en momentos como los actuales(22).

Sin embargo, no olvidemos que desde un punto de vista jurídico la medida contó con el respaldo del TC en su sentencia 139/2016, de 21 de julio, y las que la siguieron (183/2016, 33/2017, 63/2017, 64/2017, 98/2017, 134/2017, 145/2017, 2/2018, 17/2018 y 18/2018) en cuyos argumentos se puso por delante la sostenibilidad del sistema, frente a la universalidad del acceso, entendiendo que el principio de universalidad no implica necesariamente gratuidad, lo cual ha generado una importante incertidumbre sobre el sistema de cara al futuro(23); aprobado el Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre acceso universal al SNS se ha tratado de recuperar el acceso universal a la asistencia sanitaria, aunque aún sin la claridad suficiente en cuanto a la regulación del acceso para las personas extranjeras que no son residentes legales en España, al dejar en manos de las CCAA la concreción del procedimiento y el título para la materiali-

---

tencia sanitaria gratuita. Retos pendientes», *Revista Española de Derecho del Trabajo* núm. 232, págs. 127-164. Sobre la universalidad del sistema, así como la valoración de la doctrina del TC generada a partir del Decreto Ley 16/2012, ya he tenido ocasión de pronunciarme en un trabajo anterior, *vid. CUETO PÉREZ, M. (2019), «El sector público sanitario: Horizonte 2020» en Retos y propuestas para el sistema de salud* (dir. PÉREZ GÁLVEZ, J.A.) págs. 173-215, Tirant lo Blanch.

(22) La fuerte crítica a la reforma no puede obviar que en nuestro país se estaba produciendo un problema a la hora de reclamar el abono de la asistencia sanitaria a terceros países. El Tribunal de Cuentas en su *Informe número 937, de 29 de marzo de 2012, sobre la Fiscalización de la Gestión de las Prestaciones de Asistencia Sanitaria derivadas de la aplicación de los Reglamentos comunitarios y Convenios Internacionales de la Seguridad Social*, puso de manifiesto el perjuicio económico que está sufriendo el SNS por la ineficaz gestión por parte de las administraciones públicas competentes en relación con la falta de reclamaciones a terceros estados obligados a sufragar el coste sanitario de sus ciudadanos desplazados a nuestro país, ahora bien justamente esta cuestión no encontró solución en el Real Decreto-Ley 16/2012 y, sin embargo, se excluyó un colectivo especialmente vulnerable de la recepción de asistencia sanitaria gratuita, sin que en su mayor parte pudiesen afrontar el pago de la misma. Sobre esta cuestión, OLIVA, J., PEIRÓ, S. y PUIG-JUNOY, J. (2014), «Sistema Nacional de Salud y propuestas de reformas sanitarias en el sistema nacional de salud». *Revista Mediterráneo económico*, núm. 26, págs. 8-9.

(23) Prueba de ello, es que durante el período de vigencia del RD-Ley 16/2012 se han dado interpretaciones jurisprudenciales más restrictivas en cuanto al ámbito subjetivo de cobertura, así, la STS, Sala de lo Social, de 13 de mayo de 2019 (RJ 2019/2190) esta sentencia dictada en recurso de casación para unificación de doctrina, hace una interpretación restrictiva del derecho de acceso de extranjeros a la asistencia sanitaria, entendiendo que el hecho de que se tenga reconocida una residencia temporal en España por reagrupamiento familiar, no da derecho a la asistencia sanitaria en el SNS con carácter gratuito, puesto que para la obtención de esa residencia el solicitante debe de acreditar disponer de suficientes medios económicos y seguro de asistencia sanitaria, conforme al RD 240/2007. MONEREO PÉREZ, J.L. y LÓPEZ INSUA, B.M. (2019), «Un paso atrás en la universalidad del acceso a la asistencia sanitaria de las personas inmigrantes en España: comentario jurídico-crítico a la sentencia del tribunal supremo de 13 de mayo de 2019». *Revista de Jurisprudencia Laboral*, núm. 6.

zación real del acceso, por ello el proyecto de Ley sobre acceso universal al SNS que se está tramitando en estos momentos debe dar nuevos pasos para eliminar la inseguridad jurídica generada y adoptar una solución uniforme en todos los territorios, que ponga fin a las desigualdades en función de la Comunidad Autónoma de residencia (24).

#### 4. La participación de los profesionales y pacientes en la toma de decisiones

La participación de profesionales y pacientes en la toma de decisiones, constituye otro de los contenidos encuadrables en el buen gobierno del SNS, aunque contemplada desde hace años en distintas normas sanitarias, lo cierto es que no se ha canalizado de forma adecuada. Ya la LGS en su art. 5 señaló que los Servicios Públicos de Salud se *organizarán de manera que sea posible articular la participación comunitaria a través de las corporaciones territoriales correspondientes en la formulación de la política sanitaria y en el control de su ejecución*, contemplando expresamente la necesidad de incluir en esa participación a las organizaciones empresariales y sindicales; en los arts. 53 y 58 se articuló la participación a través de los Consejos de Salud y los Consejos de Área. Por su parte, la LCCSNS también enarboló la bandera de la participación como objeto de la Ley, contemplando expresamente la participación de los profesionales y de los ciudadanos, respecto a estos últimos se dice en su Exposición de Motivos que la misma se ha de concretar *en el respeto a la autonomía de sus decisiones individuales como en la consideración de sus expectativas como colectivo de usuarios del sistema sanitario, y para permitir el intercambio de conocimientos y experiencias*. Son muchos los preceptos que a lo largo del articulado se refieren a la participación en distintos ámbitos, como en el de la investigación en salud (art. 45) o respecto al sistema de información sanitaria del SNS (art. 53), en el que se recoge la necesidad de incluir a las organizaciones y asociaciones del ámbito sanitario, entre las que se enumeran las asociaciones de pacientes y familiares, las organizaciones no gubernamentales que actúen en el ámbito sanitario y las sociedades científicas, con la finalidad de promover la participación de la sociedad civil. En el capítulo IX se regula la participación de los ciudadanos y de los profesionales en el SNS, articulándose la misma, principalmente a través del Consejo de Participación Social, dependiente del Ministerio con competencias en materia de sanidad (art. 67). La LGSP de 2011 da más pasos para materializar la participación; el legislador ve la

---

(24) PÉREZ GÁZQUEZ, I.M. (2020), «La pretendida e inalcanzada universalidad de la asistencia sanitaria gratuita. Retos pendientes», *op. cit.*

necesidad de incrementar y canalizar la misma como derecho de los ciudadanos en el SNS, si bien todavía no utiliza el término buen gobierno en su articulado. En el art. 5 declara que *los ciudadanos, directamente o a través de las organizaciones en que se agrupen o que los representen, tiene derecho a la participación efectiva en las actuaciones de salud pública* debiendo *las Administraciones públicas competentes establecer los cauces concretos que permitan hacer efectivo ese derecho* y en los arts. 16, 19 y 27 se contempla expresamente que las organizaciones sociales puedan participar en el desarrollo de actividades de promoción, prevención de problemas, protección de salud, así como la necesidad de que las Administraciones públicas competentes promuevan la participación efectiva en las actuaciones de promoción de la salud de los ciudadanos, directamente o a través de las organizaciones en que se agrupen o que les representen (25). La participación de los ciudadanos en la realización del derecho a la salud puede contribuir a una mayor implicación y responsabilidad de los mismos respecto al sistema; el propio art. 43 de la CE nos recuerda que en la tutela de la salud pública el legislador puede establecer tanto derechos, como deberes al respecto. De ahí la importancia de la responsabilidad de las personas en la toma de decisiones sobre su bienestar y que estas deben adoptar un papel activo como pacientes, pero también con carácter previo, adoptando formas de vida saludables y evitando aquellos comportamientos que les pueden llevar a convertirse en enfermos. Es importante de igual forma que los ciudadanos sean conscientes del coste de los servicios y de la necesidad de contribuir a su sostenibilidad, evitando comportamientos insolidarios con el conjunto del sistema.

En cuanto a los profesionales, la participación de los mismos debe tener un papel protagonista en el funcionamiento de los servicios sanitarios, en la mejora, en la innovación y en la toma de decisiones en materia de política sanitaria, por esta razón, ha de ser uno de los objeti-

---

(25) En el ámbito autonómico las Leyes más recientes recogen de forma amplia la participación de los ciudadanos en materia de salud. Así, en la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía, se habla de «empoderamiento de la ciudadanía en salud», art. 28; la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunidad Valenciana, en su art. 20, da un papel muy relevante a los pacientes y usuarios del sistema mediante la participación en diversos órganos, contemplando incluso una participación de voluntarios en tareas de apoyo a los pacientes; la Ley 7/2019, de 29 de marzo, de Salud, del Principado de Asturias, en su art. 40 señala que «la acción comunitaria en salud supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad, y la participación asociativa en salud está constituida por el conjunto de iniciativas que parten del ámbito comunitario, tales como movimientos asociativos de pacientes o familiares y otros movimientos del mismo carácter. También se crea el Consejo de Pacientes del Principado de Asturias, como órgano colegiado de carácter consultivo, de participación comunitaria y de coordinación en relación con las actividades que desarrollan las asociaciones de pacientes en el Principado de Asturias» (art. 42). Igualmente, esta norma contempla el voluntariado en el ámbito de la salud.

vos a lograr. Ello puede contribuir de forma decisiva a la sostenibilidad del sistema, eliminando ineficiencias intrínsecas en la utilización de recursos y aumentando la calidad de los servicios. Ahora bien, además de articular esa participación, para que la misma sea eficaz y atractiva para los profesionales se debe incentivar considerándola como mérito a efectos de carrera y de promoción profesional. En el ámbito autonómico, de nuevo cabe mencionar los pasos dados en el País Vasco, donde se ha hecho una apuesta clara por incrementar esta participación, recogiendo en su normativa un entramado de órganos de participación en la nueva estructura sanitaria conformada por las organizaciones sanitarias integradas (OSIS), siendo su pieza más importante, los Consejos Clínicos Asistenciales, que sustituyen a los anteriores Consejos Técnicos de Participación Profesional (26). Por su parte la LBGSM expresamente recoge como actuación a incluir en el Código de Transparencia, Ética y Buen Gobierno, la implicación de los profesionales sanitarios en la buena práctica clínica que contribuya a la sostenibilidad de la sanidad pública, recogiendo una estructura participativa en la toma de decisiones mediante las Juntas Técnico asistenciales y las Comisiones Técnico consultivas, disponiendo en su DA segunda que se reconocerá como mérito y será objeto del oportuno reconocimiento, la participación en comisiones asesoras, técnicas o de mejora de la calidad asistencial y de cuidados.

## 5. Descentralización y profesionalización de los órganos de dirección

Otro aspecto que requiere de una transformación en nuestro sistema sanitario para avanzar en las exigencias de buen gobierno es el de la toma de decisiones por parte de las distintas estructuras integradas en el ámbito sanitario (27). Nuestros Servicios de Salud autonómicos responsables de la prestación de asistencia sanitaria funcionan de forma muy centralizada y jerarquizada y eso no facilita el logro de buenos resultados desde el punto de vista de la eficiencia por parte de los distintos centros, por ello se deben dar pasos para lograr una organización más descentralizada y con un mayor grado de autonomía, a la vez que la toma de decisiones debe contar con órganos de gobierno de carácter colegiado con capacidad real de decisión sobre su funciona-

---

(26) Decreto 100/2018, de 3 de julio, de las organizaciones sanitarias integradas del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

(27) REPULLO, J.R. y FREIRE, J.M. (2016), «Implementando estrategias para mejorar el gobierno institucional del SNS», *Gaceta Sanitaria*, vol. 30, págs. 3-8.

miento (28). El aumento de autonomía en la gestión debe tener como contrapeso la incorporación de sistemas de evaluación de resultados de forma periódica y una mayor intensidad del principio de rendición de cuentas con carácter transversal (29).

Igualmente, existe un consenso claro sobre la necesidad de profesionalizar la gestión, evitando los nombramientos de carácter político y optando por la selección de directivos de carácter profesional para la gestión de todas las estructuras y servicios, conforme a procedimientos que garanticen la concurrencia competitiva, la igualdad y el mérito y capacidad (30). Una medida importante a adoptar es que los nombramientos de directivos gocen de una cierta estabilidad, que vaya más allá de los cuatros años coincidentes con las legislaturas. No tiene mucho sentido que cada vez que cambia un gobierno tengan que cambiar los responsables de las distintas estructuras organizativas. La LBGSM prevé la creación en todos los centros y organizaciones sanitarias de Juntas de Gobierno ante las que rendirán cuenta los directores gerentes, siendo estas Juntas las llamadas a seleccionar a los mismos a través de un procedimiento reglado y público. La duración de los contratos de los directores gerentes se fija en cinco años, pudiendo ser prorrogados por un mismo período si la Junta lo estimaba conveniente. En tanto permanezcan en el puesto serán sometidos a evaluación continua y podrán ser removidos de su cargo si se produce una evaluación negativa en el desempeño de sus funciones, que deberá ser detalladamente motivada. Igualmente, podrán ser removidos por vulneración del Código de Transparencia, Ética y Buen Gobierno, apreciada por la Junta de Gobierno. Esta Ley también establece que las organizaciones del Servicio Madrileño de Salud, para el mejor cumplimiento de sus fines, actuarán bajo el principio de autonomía de gestión, dentro de un marco general co-

---

(28) En realidad, en muchos sistemas autonómicos se sigue reproduciendo el esquema que se contenía en el RD 521/1987, de 15 de abril, sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el INSALUD, que resulta totalmente obsoleto. Una excepción lo constituye el Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) que tiene una mayor autonomía de gestión, lo cual se explica por la preocupación desde hace tiempo por avanzar en materia de buen gobierno por parte de su Servicio de Salud. El ya mencionado Decreto 100/2018, de 3 de julio, de las organizaciones sanitarias integradas del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, diseña un nuevo modelo organizativo, dando mayor autonomía a las unidades de actuación y buscando a la vez una actuación más transversal atendiendo tanto a los aspectos sanitarios, como a los socio-sanitarios desde los distintos niveles de atención.

(29) CABASÉS HITA, J.M., «Reflexiones sobre la sanidad pública en España...», *op. cit.* pág. 33, señala como la mayor autonomía y descentralización no es incompatible, con el hecho de que a nivel estatal el SNS pueda tener una mayor visibilidad con la creación de una Agencia que coordine y marque los criterios comunes sobre sostenibilidad, calidad, cartera de prestaciones y cohesión del sistema como un todo.

(30) Esta es una clara carencia de la sanidad pública, siendo mucho más frecuente la profesionalización de la dirección y de la gestión sanitaria en el ámbito privado.

mún que tendría como instrumentos de referencia el Contrato Programa y el presupuesto. El modelo en todo caso no se deja cerrado, sino que la Ley admite otras fórmulas en el ámbito organizativo y abre la posibilidad de experiencias piloto, siempre que estas incluyan mecanismos de evaluación.

Muy relacionadas con la organización están las cuestiones relativas a los recursos humanos y aunque por razones de extensión y objeto de este trabajo no podemos entrar en el desarrollo del modelo de personal estatutario establecido en el SNS, si queremos apuntar una serie de cuestiones que tienen una especial relevancia en relación con el buen gobierno. La primera es plantearnos si la causa de todos los males del SNS la tiene el modelo estatutario (que no deja de ser un modelo funcionarial). En los últimos tiempos se han producido importantes críticas señalando que el mismo impide el aumento de la productividad y la fijación de incentivos adecuados, sugiriéndose la necesidad de avanzar hacia la «desfuncionarización» del personal (31). El personal sanitario en estos momentos se encuentra regulado en la Ley 55/2003, de reguladora del Estatuto Marco del personal sanitario, considerándose por el TREBEP aprobado por el Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, como personal funcionario con ciertas especialidades (art. 2.3 y 4). Sin embargo, a nuestro juicio, y admitiendo que el modelo no dota de flexibilidad a la gestión, no toda la culpa es atribuible al Estatuto Marco. Las CCAA al tomar decisiones sobre sus recursos humanos, tienen margen de actuación, otra cuestión es que la opción por un modelo más exigente no sea fácil de articular y se encuentre con las resistencias de los propios profesionales. Un ejemplo evidente resulta del desarrollo de la carrera profesional, que ha sido una oportunidad perdida de mejorar el sistema, ya que no se ha sabido o no se ha querido diseñar criterios objetivos de evaluación vinculados a la productividad, lo que ha tenido como consecuencia que la carrera profesional no evalúa el desempeño ni discrimina a los mejores profesionales de los no tan buenos (32), convirtiéndose en una vía de incremento retributivo cuando no era esa su finalidad. Igualmente, hay una ausencia clara de planificación respecto a la necesidad de recursos y esto tampoco es culpa del modelo estatutario. La formación de profesionales sanitarios es larga, pero ello no es algo

---

(31) FREIRE, J.M. (2014), «Los retos de las reformas sanitarias en el SNS», *op. cit.* y CABASÉS HITA, J.M., «Reflexiones sobre la sanidad pública en España...», *op. cit.* pág. 56.

(32) Igualmente, los sistemas de autoconcertación (las llamadas peonadas) para reducir listas de espera acaban teniendo un efecto perverso sobre el sistema, pues los profesionales buscan incrementar las horas para lograr mayores retribuciones, sin alcanzar su productividad máxima en el horario normal de trabajo, lo cual evidentemente es contrario a cualquier código de buena conducta.

incierto, sino perfectamente conocido. El grado de medicina tiene una duración de seis años y la formación de un especialista lleva como mínimo cuatro años, la edad de jubilación es igualmente conocida, con lo cual algunas situaciones que ya se están dando de falta de profesionales en ciertas especialidades son difícilmente explicables. Todo ello lleva a un inadecuado dimensionamiento de las necesidades de personal, que a lo largo de toda la crisis sanitaria ha sido aún más evidente, pero que en situación de normalidad ya se daba. Por otro lado, tampoco es de recibo que después de hacer una inversión pública tan importante en formar a especialistas durante diez años, las condiciones laborales que les ofrece el sistema empujen a un buen número de ellos a trasladarse a trabajar a otros países. Es evidente que esto es una ineficiencia manifiesta en la gestión de recursos humanos en todo punto incompatible con los principios del buen gobierno (33).

Por último, si todo lo anteriormente señalado es cierto, no lo es menos que precisamos un nuevo marco de asignación de funciones y de responsabilidades entre los distintos profesionales sanitarios. El modelo que tenemos está totalmente obsoleto y parte de un ejercicio de la medicina y de la gestión no digitalizado, en el que las relaciones jerárquicas entre los diferentes profesionales estaban fuertemente arraigadas. Existe una amplia coincidencia entre los expertos en que, el nivel de Atención Primaria debe ser el centro del sistema y para ello precisa reformas (34). Los centros de salud deben tener un especial protagonismo en la atención sanitaria de la población y para que así sea desde hace tiempo se defiende que en este nivel asistencial el reparto de funciones y de tareas debe ser distinto al existente en la actualidad. Si antes se señalaba la ineficiencia que suponía no otorgar al personal médico unas condiciones laborales adecuadas, igual de ineficiente resulta que el personal de enfermería, que cuenta con un Grado universitario de cuatro años, para cuyo acceso se exige una nota especialmente alta, siga sin asumir labores más importantes que, sin embargo, sí realizan en los países de nuestro entorno. Por ello ha llegado el momento de rediseñar sus funciones y responsabilidades aprovechando todo su potencial para el sistema (seguimiento de enfermos crónicos, ciertas

---

(33) Esta ineficiencia comienza en el sistema universitario, no olvidemos que, desde hace muchos años, acceden al grado de medicina en las universidades públicas estudiantes con un expediente académico muy alto, que hacen el esfuerzo de dedicar 10 años de su vida a formarse y que luego se encuentran con que es imposible acceder a una situación de estabilidad laboral antes de los 40 años, siendo eternos interinos por falta de convocatorias de plazas, aunque el sistema las esté necesitando. En algún momento habrá que decidir poner fin a toda esta situación.

(34) En estos momentos, la gestión de la pandemia ha puesto aún más en evidencia el protagonismo que tiene este nivel asistencial (detección, seguimiento, altas...).

revisiones pediátricas, los programas de prevención...) (35). Un paso importante en este sentido se ha dado con el Real Decreto 1302/2018, de 22 de octubre, por el que se modifica el Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, que regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros, otorgándoles una mayor capacidad de prescripción, si bien sujeta a una acreditación previa (36).

## 6. Implantación de Códigos Éticos que eviten los conflictos de intereses

La última cuestión que vamos a tratar en relación con los objetivos de buen gobierno es la relativa a la exigencia de que el desempeño de todos los profesionales del sistema, tanto a nivel de gestión como asistencial, se haga conforme a un Código ético y de conducta que salvaguarde su actuación y evite cualquier conflicto de interés, garantizando siempre su adecuación a los principios de legalidad, transparencia e imparcialidad en la toma de decisiones. Esta cuestión afecta a varios ámbitos de actuación, por un lado, está claro que lo dispuesto en la Leyes de Buen Gobierno respecto a los altos cargos, es aplicable a todos los altos cargos en el ámbito de la sanidad, pero igual de claro es que el personal estatutario, a pesar de sus especialidades en el marco del empleo público, debe respetar igualmente el régimen de incompatibilidades establecido en la Ley 53/84, de 26 de diciembre, para los empleados públicos, tal y como prevé el art. 76 de la Ley 55/2003, por la que

---

(35) En España el número de profesionales de enfermería está claramente por debajo de la media de la OCDE y ello lleva a que muchas actuaciones que en otros países son asumidas por estos profesionales, en España son asumidas por los profesionales médicos. CABASÉS HITA, J.M., «Reflexiones sobre la sanidad pública en España...», *op. cit.* pág. 12. Por otro lado, existe un cierto enfrentamiento profesional que carece totalmente de justificación y debería ser reconducido cuanto antes entre los Colegios Profesionales de Médicos y los Colegios de Enfermería. Se manifestó cuando se negoció el Decreto de prescripción de enfermería y se ha vuelto a producir en relación con la organización de los centros de salud en alguna Comunidad Autónoma como el Principado de Asturias.

(36) Las CCAA han ido aprobando las normas para la acreditación de forma lenta: Orden de 10 de diciembre de 2019, de la Consejera de Salud, por la que se aprueba el procedimiento para la acreditación del cumplimiento de requisitos por enfermeras y enfermeros para la indicación, uso y autorización de la dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano, en la Comunidad Autónoma de Euskadi; el Decreto 81/2020, de 9 de junio, por el que se regula el procedimiento de acreditación del personal de enfermería para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano, de Andalucía; Orden 189/2020, de 4 de diciembre, de la Consejería de Sanidad, por la que se regula el procedimiento para la acreditación en Castilla-La Mancha de las enfermeras y enfermeros, para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano. Orden SAN/1534/2020, de 17 de diciembre, por la que se establece el procedimiento para la acreditación de las enfermeras y enfermeros para la indicación uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano en la Comunidad de Castilla y León.

se aprueba el Estatuto Marco de las profesiones sanitarias (37). En esta Ley se recoge como deber del personal estatutario el cumplimiento del régimen sobre incompatibilidades (art. 19), considerándose falta muy grave su incumplimiento (art. 72). El sistema sanitario como parte integrante de la Administración Pública debe ser capaz de crear mecanismos de prevención y rechazo de cualquier tipo de corrupción, fraude o corruptela en su seno y el ámbito sanitario se trata de un ámbito especialmente sensible para la ciudadanía, para que se ponga un especial cuidado en el logro de este fin. En este sentido, la LBGSM contemplaba la aprobación de un Código de Transparencia, Ética y Buen Gobierno de la sanidad pública madrileña, sin embargo, su regulación tres años después aún no se ha producido. Son varias las cuestiones que podrían ser tratadas en el marco de ese Código Ético y de ellas nos vamos a referir a tres: la exigencia de transparencia en la LGSP respecto a los comités científicos, la compatibilidad del ejercicio privado de la medicina por parte de los profesionales del SNS, y por último, a las posibles interferencias que generan los diferentes laboratorios farmacéuticos en el desempeño de los profesionales médicos, en especial a la hora de llevar a cabo de forma libre e independiente sus labores de prescripción médica.

Respecto a la primera cuestión, la misma no plantea excesivas dudas desde el momento en que el art. 11 de la LGSP señala que las Administraciones Públicas exigirán transparencia e imparcialidad a las organizaciones científicas y profesionales y a las personas expertas con quienes colaboren en las actuaciones de salud pública, incluidas las de formación e investigación, así como a las personas y organizaciones que reciban subvenciones o con las que celebren contratos, convenios, conciertos o cualquier clase de acuerdo (38). Y para ello, se exige que sea pública la composición de los comités o grupos que evalúen acciones o realicen recomendaciones de salud pública, lo que ha generado alguna que otra controversia durante esta pandemia, igualmente deben ser públicos los procedimientos de selección, la declaración de intereses de los intervinientes, así como los dictámenes y documentos relevantes. Sin embargo, los requisitos y el procedimiento para la declaración de conflicto de intereses, al igual que otros aspectos de la Ley, se señala que serán objeto de

---

(37) Artículo 76. Régimen general.

«Resultará de aplicación al personal estatutario el régimen de incompatibilidades establecido con carácter general para los funcionarios públicos, con las normas específicas que se determinan en esta ley. En relación al régimen de compatibilidad entre las funciones sanitarias y docentes, se estará a lo que establezca la legislación vigente. En relación con la compatibilidad entre funciones sanitarias y docentes».

(38) HERNÁNDEZ AGUADO, I. (2011), «Independencia y transparencia en salud pública», *Retos en Salud Pública. Derechos y deberes de los ciudadanos*. Ed. Comares, págs. 181-193.

desarrollo en vía reglamentaria, sin que dicho desarrollo se haya producido (39).

En cuanto a la compatibilidad del ejercicio privado de la medicina con la condición de personal sanitario, esta se contempla expresamente en el art. 77.2 de la Ley 55/2003, al señalar «que en el ámbito de cada servicio de salud se establecerán las disposiciones oportunas para posibilitar la renuncia al complemento específico por parte del personal licenciado sanitario». Este complemento específico se vincula normalmente a la dedicación exclusiva, por lo tanto, implicaba que al ser renunciante el Estatuto Marco reconocía la posibilidad de dedicación a la medicina privada. Es cierto que el mismo precepto dejaba en manos de las CCAA la fijación de los procedimientos y requisitos, pero igual de cierto es que su redacción dejaba poco margen para que una CA decidiese que en el ámbito de su Servicio de Salud fuese incompatible el ejercicio privado de la medicina.

En el Principado de Asturias, la Ley 15/2002, de 27 de diciembre, de medidas presupuestarias, administrativas y fiscales declaró irrenunciable el complemento específico para todos los facultativos vinculados al SESPA, lo que en la práctica suponía declarar la incompatibilidad del ejercicio privado de la medicina con el ejercicio en el ámbito de la sanidad pública. Sin embargo, este intento de eliminar la compatibilidad entre ambas actividades fue declarada inconstitucional por STC 197/2012, de 6 de noviembre, al considerar que el régimen de incompatibilidades era competencia estatal básica y que la previsión que contenía el Estatuto Marco permitía al personal estatutario del SNS la renuncia al complemento y, por lo tanto, la compatibilidad con el ejercicio privado (40).

---

(39) En relación con este asunto el Consejo de Transparencia y Buen Gobierno en su Resolución 492/2020, de 6 de noviembre, insta al Ministerio de Sanidad a facilitar la siguiente información: 1.—Relación de miembros del comité de expertos que asesora al Gobierno en la desescalada y copia de la declaración de intereses de los miembros. 2.—Procedimiento de selección realizado, así como dictámenes y documentos relevantes tenidos en cuenta para la selección de sus miembros y copia de la resolución, cualquiera que sea el formato documental, que efectúa su nombramiento. 3.—Régimen económico de los miembros del comité.

(40) En la STS (Sala de lo Contencioso-Administrativa) de 5 de diciembre de 2019 ECLI:ES:TS:2019:3888 se da respuesta a la siguiente cuestión: «Si la percepción por parte de los empleados públicos de complementos específicos, o concepto equiparable, que incluyan, entre los componentes que remuneran, el factor de incompatibilidad impide, en todo caso y con independencia de la cuantía de aquellas retribuciones complementarias, reconocerles la compatibilidad para el ejercicio de actividades privadas.

O si, por el contrario, podrá otorgarse aquel derecho, aun remunerándose también el factor de incompatibilidad en esas retribuciones complementarias, cuando la cuantía de éstas no supere el 30 por 100 de las retribuciones básicas, excluidos los conceptos que tengan su origen en la antigüedad».

Entendiendo el Alto Tribunal, en un supuesto ajeno al ejercicio de la medicina, pero que ha sido interpretado como refuerzo a los planteamientos colegiales, como doctrina en materia de incompatibilidades, lo siguiente: «A la vista de lo establecido en la Ley 53/1984 la percepción por parte de los

En estos momentos, con más o menos requisitos todas las CCAA permiten el ejercicio de la medicina privada, lo cual no quiere decir que no subyazca el posible conflicto de intereses entre ambos ejercicios y que tal vez sería adecuado una regulación estatal en este sentido, sin embargo, este planteamiento resulta más utópico que real, ya que las organizaciones colegiales defienden a ultranza la compatibilidad y en un sistema sanitario tan tensionado, como el que tenemos en estos momentos, cualquier planteamiento en este sentido está abocado al fracaso. Lo que sería más factible y viable sería el endurecimiento de los requisitos para ese ejercicio, la prohibición del ejercicio privado para ciertos puestos de responsabilidad o una compensación específica que retribuya la exclusividad de manera que el ejercicio privado no resulte tan atractivo para los profesionales. Todas estas medidas se han ido poniendo en marcha en las distintas CCAA en busca de un mayor compromiso con el sistema público, el cual resulta indispensable para avanzar en materia de buen gobierno. Si un número importante de médicos no tiene dedicación exclusiva resulta muy difícil la organización, por ejemplo, de turnos de tarde en el quirófano. Así, la Ley 15/2016, de 12 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2001, de 5 de diciembre, de personal estatutario del Servicio Murciano de Salud, estableció la incompatibilidad del ejercicio privado para los jefes de servicio y en general para todo el personal estatutario con un complemento de destino de nivel 28 o superior, y para el personal que ocupe puestos de las gerencias del Servicio Murciano de Salud que hayan sido calificados como de dirección, lo cual ha generado bastante mal estar entre los profesionales(41). En la misma dirección, la Ley 7/2019, de 29 de marzo, de Salud

---

empleados públicos de complementos específicos, o concepto equiparable, que incluyan expresamente entre los componentes que remuneran, el factor de incompatibilidad impide, en todo caso y con independencia de la cuantía de aquellas retribuciones complementarias, reconocerles la compatibilidad para el ejercicio de actividades privadas.

Puede otorgarse el derecho a la compatibilidad cuando la cuantía de las retribuciones complementarias no supere el 30 por 100 de las retribuciones básicas, excluidos los conceptos que tengan su origen en la antigüedad y de superarse debe estarse a lo establecido en el Real Decreto Ley 20/2012, de 13 de julio y el Acuerdo del Consejo de Ministros de 16 de diciembre de 2011 en el ámbito de la Administración General del Estado y lo que puedan establecer leyes de función pública autonómica».

En el caso concreto ello les lleva a reconocer el derecho de un Ingeniero, personal laboral de una Agencia andaluza, a la compatibilidad con el ejercicio de actividad privada al no concretarse en la configuración del complemento específico el hecho de incompatibilidad.

(41) El TSJ de Murcia (Sala Contencioso-Administrativa) se ha tenido que pronunciar sobre la aplicación de esta norma por el Servicio de Salud, que procedió a cesar a los jefes de servicio que estaban ejerciendo en la medicina privada en sus sentencias de 29 de octubre, 5 y 12 de noviembre de 2019 y 4 de junio de 2020 señalando que: «Al respecto debe tenerse en cuenta que el artículo 77.2 del Estatuto Marco del personal Estatutario aprobado por la Ley 55/2003 establece que “en el ámbito de cada servicio de salud se establecerán las disposiciones oportunas para posibilitar la renuncia al complemento específico por parte del personal licenciado sanitario” agregando que, “a estos

del Principado de Asturias, expresamente prohíbe el ejercicio privado de la medicina para la promoción tanto a puestos singularizados y mandos intermedios, en los que el personal afectado no podrá renunciar al complemento específico de dedicación exclusiva (art. 91), como a los puestos de trabajo del personal directivo. Estos últimos se consideran como de especial dedicación y son incompatibles con cualquier otra actividad pública o privada. Igualmente, se considera que la condición de «miembro del Consejo de Administración del SESPA es incompatible con cualquier vinculación con empresas o entidades relacionadas con el suministro o la dotación de material sanitario, productos farmacéuticos y otros intereses relacionados con la sanidad, así como con todo tipo de prestación de servicios o de relación laboral en activo en centros, establecimientos o empresas que prestan servicios en régimen de concierto o convenio con el SESPA o mediante cualquier otra fórmula de gestión indirecta» (art. 126) (42).

Por último, en relación las posibles interferencias que generan los diferentes laboratorios farmacéuticos en el desempeño de los profesionales médicos es preciso señalar que en 2016 se aprobó un nuevo Código de Buenas Prácticas de Farmaindustria que contempla el sistema de autorregulación. Entre otras cuestiones se contempla la obligación de que los laboratorios farmacéuticos hagan públicas las «ayudas» que otorgan tanto a profesionales, como a asociaciones y organizaciones médicas para proyectos de investigación, asistencia a congresos o servicios prestados. En el Código estos pagos se denominan transferencias de valor, al considerarse que estas colaboraciones con los profesionales de carácter independiente resultan de interés para la industria. Estos pasos da-

---

efectos los servicios de salud regularán los supuestos, requisitos, efectos y procedimientos para dicha solicitud” y, de ahí cabe deducir que se les faculta para establecer supuestos en que no es posible aquella renuncia, siempre y cuando no se establezca con carácter general, tal y como se contenía en la ley asturiana que el Tribunal Constitucional declaró inconstitucional y que no puede asimilarse a este, en que se restringe a supuestos muy concretos. Debe tenerse en cuenta, que en la citada Sentencia 197/2012, de 6 de noviembre, se declara, tal y como hace notar el letrado del Servicio Murciano de Salud, que “corresponde a las Comunidades Autónomas, en el desarrollo de la base estatal, valorar y delimitar la concurrencia, en su caso, de posibles situaciones disfuncionales de incompatibilidad por la ocupación de un puesto de trabajo en el sector público con el ejercicio de una actividad profesional privada” y todo ello sin perjuicio de considerar básico el carácter renunciable de este complemento.

Por todo ello, no cabe dudar de la constitucionalidad de aquella norma máxime ya en la Exposición de Motivos de la Ley 53/1984, se aludía que se respetaría el ejercicio de las actividades privadas que no puedan impedir o menoscabar el estricto cumplimiento de sus deberes o comprometer su imparcialidad o independencia y, en este caso, viene referido a Jefaturas de Servicios, es decir, a un puesto de gran responsabilidad del sector público».

(42) En otros ámbitos del empleo público no es posible el ejercicio privado de la profesión, como ocurre con el cuerpo de Abogados del Estado que no tienen opción de ejercer la abogacía mientras se encuentren en activo, art. 21 del Real Decreto 658/2001, de 22 de junio, por el que se aprueba el Estatuto General de la Abogacía Española.

dos para aumentar la transparencia no han logrado reducir este flujo de pagos hacia los profesionales, los cuales deberían ser considerados a todos los efectos como retribuciones cuando se refieren a servicios prestados (43). La colaboración de los profesionales médicos con la industria debería encontrar otras vías de canalización, tal vez a través de proyectos de investigación que contasen con autorización previa de los Servicios de Salud o centros donde prestan sus servicios, debiendo evitarse en todo caso la interferencia en ámbitos específicos de actuación (un buen ejemplo de ello pueden ser las vacunas). La Ley 55/2003 establece en su art. 72.2 como infracción muy grave la prevalencia de la condición de personal estatutario para obtener un beneficio indebido para sí o para terceros y especialmente la exigencia o aceptación de compensación por quienes provean de servicios o materiales a los centros o instituciones.

### **III. Buena administración y SNS: configuración jurídica**

#### **1. Delimitación de contenidos en el ámbito sanitario**

El derecho a una buena administración, como señalamos al principio, es un derecho que en realidad engloba a su vez varios derechos previamente existentes con anterioridad en los distintos ordenamientos jurídicos. En el ámbito de la Unión Europea el art. 41 de la Carta de Derecho Fundamentales de la Unión Europea lo reconoce como tal concretando sus contenidos. Este precepto señala que:

«1. Toda persona tiene derecho a que las instituciones y órganos de la Unión traten sus asuntos imparcial y equitativamente y dentro de un plazo razonable.

2. Este derecho incluye en particular:

— el derecho de toda persona a ser oída antes de que se tome en contra suya una medida individual que le afecte desfavorablemente

— el derecho de toda persona a acceder al expediente que le afecte, dentro del respeto de los intereses legítimos de la confidencialidad y del secreto profesional y comercial

— la obligación que incumbe a la administración de motivar sus decisiones.

---

(43) La DG de Tributos emitió una Resolución de 4 de abril de 2017 señalando que, incluso los patrocinios de las empresas para asistir a congresos debían computar como retribuciones en especie a efectos de IRPF, considerándolos como actividad profesional.

Toda persona tiene derecho a la reparación por la Comunidad de los daños causados por sus instituciones o sus agentes en el ejercicio de sus funciones, de conformidad con los principios generales comunes a los Derechos de los Estados miembros(44)».

En España los Estatutos de Autonomía llamados de tercera generación han reconocido el derecho de los ciudadanos a una buena administración (Cataluña, Andalucía, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Islas Baleares y Extremadura), asimismo diferentes Leyes en distintos ámbitos recogen este principio, coincidiendo en algunos de sus contenidos (imparcialidad, participación, acceso a la información...), pero por lo general diferenciándose unas de otras en la definición que hacen de este derecho y reiterando derechos procedimentales ya recogidos por el ordenamiento jurídico, aunque con mayor o menor desarrollo en la práctica. Pueden servir de ejemplo de lo señalado, la Ley 9/2007, de 22 de octubre, de Administración de la Junta de Andalucía (45), la Ley 26/2010, de 3 de octubre, de Procedimiento Administrativo de Cataluña (46) o la

---

(44) Este precepto también recoge el derecho de toda persona a dirigirse a las instituciones de la Unión en una de las lenguas de los Tratados y a recibir una contestación en esa misma lengua, aunque esta última previsión no vaya a ser en este momento objeto de nuestra atención.

(45) Art. 5. *Principio de buena administración*

«1. En su relación con la ciudadanía, la Administración de la Junta de Andalucía actúa de acuerdo con el principio de buena administración, que comprende el derecho de la ciudadanía a:

- a) Que los actos de la Administración sean proporcionados a sus fines.
- b) Que se traten sus asuntos de manera equitativa, imparcial y objetiva.
- c) Participar en las decisiones que le afecten, de acuerdo con el procedimiento establecido.
- d) Que sus asuntos sean resueltos en un plazo razonable, siguiendo el principio de proximidad a la ciudadanía.
- e) Participar en los asuntos públicos.
- f) Acceder a la documentación e información de la Administración de la Junta de Andalucía en los términos establecidos en esta Ley y en la normativa que le sea de aplicación.
- g) Obtener información veraz.
- h) Acceder a los archivos y registros de la Administración de la Junta de Andalucía, cualquiera que sea su soporte, con las excepciones que la ley establezca.

2. En la organización y gestión de los servicios públicos se tendrán especialmente en cuenta las necesidades de las personas con discapacidad».

(46) Art. 22: «El derecho de los ciudadanos a una buena administración incluye:

- a) El derecho a que la actuación administrativa sea proporcional a la finalidad perseguida.
- b) El derecho a participar en la toma de decisiones y, especialmente, el derecho de audiencia y el derecho a presentar alegaciones en cualquier fase del procedimiento administrativo, de acuerdo con lo establecido por la normativa de aplicación.
- c) El derecho a que las decisiones de las administraciones públicas estén motivadas, en los supuestos establecidos legalmente, con una sucinta referencia a los hechos y a los fundamentos jurídicos, con la identificación de las normas de aplicación y con la indicación del régimen de recursos que proceda.
- d) El derecho a obtener una resolución expresa y a que se les notifique dentro del plazo legalmente establecido.

Ley 1/2015, de 1 de abril, de garantía de la calidad de los servicios públicos y de la buena administración de Galicia(47). Otras normas se refieren al término buena administración sin definirlo, como ocurre en la Ley 33/2003, de 3 de noviembre, de Patrimonio de las Administraciones Públicas (arts. 111 y 187) o en la Ley 9/2017, 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público (art. 34); en otros casos, las normas tratan de integrar los conceptos de buen gobierno y buena administración o simplemente no los diferencian(48).

- 
- e) *El derecho a no aportar los datos o los documentos que ya se encuentren en poder de las administraciones públicas o de los cuales estas puedan disponer.*
- f) *El derecho a conocer en cualquier momento el estado de tramitación de los procedimientos en los que son personas interesadas.*

2. *Las administraciones públicas de Cataluña deben fomentar la participación ciudadana en las actuaciones administrativas de su competencia, a fin de recoger las propuestas, sugerencias e iniciativas de la ciudadanía, mediante un proceso previo de información y debate».*

Este precepto contempla un contenido más amplio que el del art. 41 de la CDFUE, sin embargo, no incluye la responsabilidad patrimonial en el marco del derecho a la buena administración, aunque sí aparece vinculada a la actividad administrativa y a los servicios públicos en el art. 23.

(47) Art. 3: «La ciudadanía tiene derecho a una administración eficaz que gestione sus asuntos con imparcialidad, objetividad y dentro del marco temporal establecido. En concreto, tiene derecho a:

- a) Recibir un trato respetuoso, imparcial y sin discriminaciones.
- b) Recibir atención, orientación e información de carácter general dentro de los límites establecidos en la normativa.
- c) Identificar a las autoridades y al personal al servicio del sector público autonómico bajo cuya responsabilidad se tramiten los procedimientos.
- d) Presentar sugerencias y quejas sobre la prestación de los servicios públicos, que contribuyan a su mejor funcionamiento.
- e) Relacionarse con la Administración autonómica a través de cualquiera de las modalidades de atención a la ciudadanía en los términos establecidos en la presente norma».

Galicia ha sido pionera en este ámbito, con anterioridad ya había aprobado la Ley 4/2006, de 30 de junio, de transparencia y de buenas prácticas en la Administración pública gallega.

(48) La cuestión es objeto de una cierta confusión, como muestra el hecho de que la Ley 19/2014, de 29 de diciembre, de Transparencia, acceso a la información pública y calidad de los servicios públicos de Cataluña defina en su art. 2 al buen gobierno como: los principios, obligaciones y reglas sobre la calidad de los servicios y el funcionamiento de la Administración, y los principios éticos y buenas prácticas de acuerdo con los que deben actuar los altos cargos de la Administración, los cargos directivos y demás personal al servicio de la Administración, con el objetivo de que esta funcione con la máxima transparencia, calidad y equidad, y con garantía de rendición de cuentas. La primera parte de este precepto a nuestro juicio está más cerca del derecho a la buena administración que del buen gobierno. En el preámbulo de la norma se señala también un doble plano para el buen gobierno: una relativa a las exigencias éticas y de buena conducta que han de satisfacer los altos cargos en el cumplimiento de sus funciones y, por otra, respecto a los «requerimientos objetivos que deben darse para que la actividad pública se lleve a cabo en las mejores condiciones y garantice unos servicios públicos de calidad». De nuevo, este segundo plano nos parece más próximo a la buena administración.

Por su parte, la Ley 4/2011, de 31 de marzo, de la buena administración y el buen gobierno de Islas Baleares, recoge en su art. 3 una serie de principios comunes a ambos conceptos, si bien luego regula de forma separada ambas realidades.

En la Ley 2/2016, de 7 de abril, de instituciones locales de Euskadi en su art. 10 considera el principio de buen gobierno y de buena administración como un único principio a cumplir por los entes locales y lo mismo ocurre en Ley 7/2013, de 27 de septiembre, de Ordenación, Servicios y Gobierno

El sistema sanitario, tal vez por su especial importancia para los ciudadanos, ha hecho un especial esfuerzo en los últimos años por incorporar una serie de principios que podemos entender que forman parte de ese derecho a una buena administración en el marco del derecho a la salud (49), y que a su vez tienen anclaje en importantes derechos fundamentales (como el derecho a la vida, a la integridad física, a la intimidad personal y derivado de él a la protección de datos o a la participación en asuntos públicos) u otros derechos constitucionales (acceso a archivos y registros administrativos), reforzando la posición jurídica del paciente en relación con la que tienen otros usuarios respecto a otros servicios públicos. El derecho a una buena administración implica calidad de las prestaciones, atención en un tiempo razonable, participación y motivación en la toma de decisiones y reparación de las lesiones causadas. Todo ello es evidentemente reconducible a los principios generales de actuación administrativa ya reconocidos en nuestro art. 103 de la CE, pero bajo su paraguas se puede contribuir a un mayor desarrollo de los mismos y a un mayor compromiso por parte de la Administración a su adecuada consecución. Así, en el ámbito sanitario tanto la legislación estatal como autonómica ha ido otorgando un mayor protagonismo al paciente en la toma de decisiones, lo que no significa que los avances producidos estén suficientemente consolidados, como se ha podido comprobar con la crisis sanitaria. La pandemia nos ha colocado en una situación en la que los pacientes han sufrido retrocesos, limitaciones e incluso la suspensión de sus derechos (demoras acumuladas en las listas de espera, cierre de centros de salud y dispensarios, reducción de la atención presencial, suspensión del derecho de acompañamiento...), sin que todavía en este momento su repercusión y consecuencias puedan ser determinadas.

Si en el ámbito del buen gobierno hemos atendido, tanto al plano de la salud pública, como al plano asistencial, en relación con el derecho

---

del Territorio de la Comunidad de Castilla y León, que señala en su art. 29 que «los entes locales de Castilla y León ajustarán su actuación al conjunto de principios de buen gobierno y de buena administración».

Por su parte, la Ley 4/2016, de 15 de diciembre, de Transparencia y Buen Gobierno de Castilla-La Mancha, parece incluir el concepto de buena administración en el de buen gobierno al definir en su art. 3 buen gobierno considera que tiene una vertiente de buena administración.

En cambio, en Galicia se ha aprobado por un lado la Ley 1/2016, de 18 de enero, de transparencia y buen gobierno, y por otro, la ya mencionada Ley 1/2015, de 1 de abril, de buena administración distinguiendo claramente ambos ámbitos.

(49) Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía, señala en su art. 49 que la Administración sanitaria pública de Andalucía orientará su actuación a la satisfacción de las necesidades en salud de la ciudadanía, ejerciendo una buena administración, con la participación de la ciudadanía, y que se articula en forma de red desplegada para la eficaz y eficiente provisión de los servicios públicos de salud pública.

a una buena administración, nos vamos a centrar en el ámbito asistencial dado que su protagonismo en el plano ejecutivo es infinitamente superior. También hay que apuntar, que sin perjuicio de que el derecho a la buena administración se enfoque con frecuencia en el ámbito procedimental, no se puede negar que tiene una relación intensa con la calidad de los servicios públicos y con la toma de decisiones en relación a su gestión, como se ha reflejado en muchas normas, y por ello en el ámbito sanitario su desarrollo se centra preferentemente en la actividad material, sin perjuicio, de que la misma se sustente también en procedimientos administrativos(50).

A sabiendas de que la delimitación del derecho a una buena administración admite variantes, vamos a apuntar, sin ánimo exhaustivo, cómo se podría hacer una traslación de los contenidos de este derecho al ámbito sanitario y cómo algunas obligaciones de la Administración han dado lugar a correlativos derechos de los pacientes. La concreción del derecho a un trato imparcial y equitativo en el ámbito de la asistencia sanitaria, implicaría, entre otras cuestiones, la aplicación del principio de igualdad en el acceso a la asistencia sanitaria, principio que rige en todos los servicios públicos, especialmente en los que se desarrollan en régimen de cola, ante la imposibilidad de dar respuesta de forma inmediata a las demandas generadas; el derecho a obtener esa respuesta (la asistencia sanitaria demandada) en un plazo razonable, se materializaría en el derecho de los ciudadanos a obtener la asistencia sanitaria en unos plazos máximos y si la urgencia lo requiere con carácter inmediato. El derecho a ser oído y el derecho a participar en la toma de decisiones sobre su estado de salud se concreta en diversos aspectos, como puede ser el derecho al consentimiento informado, en su doble vertiente, por un lado, derecho a recibir información rigurosa y comprensible sobre su enfermedad y sobre las alternativas de tratamiento existentes incluyendo los riesgos de cada una, y por otro, el derecho a ser oído en relación con su enfermedad, mediante la prestación del consentimiento expreso en pruebas diagnósticas, intervenciones quirúrgicas o cualquier tratamiento que suponga algún riesgo para su integridad física; pero además en los últimos años se han dado avances importantes a algunos derechos que se habían recogido en la legislación sanitaria estatal, pero que no se habían materializado en los distintos servicios de salud autonómicos, como el derecho a la elección de centros y profesionales o el derecho a una segunda opinión médica. El ejercicio de

---

(50) Sobre la incidencia del principio de la buena administración en la gestión de los servicios públicos, *vid.* MENÉNDEZ SEBASTIÁN, E.M. (2020), «La buena administración en la gestión de los servicios públicos» en *La prestación de servicios socio-sanitarios* (dir. L. TOLIVAR ALAS/M. CUETO PÉREZ), Tirant lo Blanch, págs. 171-199.

estos derechos implica la obligación previa por parte de la Administración sanitaria de facilitar información a los ciudadanos sobre las prestaciones y la cartera de servicios del SNS, así como sobre los requisitos necesarios para el acceso y para el ejercicio de todos los derechos recogidos en la legislación vigente para que el paciente pueda elegir entre varias opciones posibles, adquiriendo un mayor protagonismo en relación con su enfermedad. Indudablemente, esta obligación de información se debe relacionar con la obligación de transparencia que indudablemente también forma parte del derecho a una buena administración. Por otro lado, el derecho de acceso a la historia clínica, a conocer la documentación e informes relativos a su proceso médico presenta algún paralelismo con el derecho de acceso al expediente en un ámbito de actuación procedimental; finalmente, dentro del derecho a la buena administración estaría el derecho de los usuarios del SNS a ser indemnizados por las Administraciones públicas prestadoras de asistencia sanitaria, en el marco de la responsabilidad patrimonial, como cláusula de cierre del sistema, siendo este uno de los ámbitos de actividad que genera, sin duda, el mayor número de reclamaciones(51).

La normativa en el ámbito sanitario ha ido contemplando todos estos derechos tanto a nivel estatal como autonómico, en este último caso con diferencias de desarrollo notables y protección desigual en función del ámbito territorial en el que nos encontremos. El acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad efectiva, fue recogido tempranamente por la LGS, en su art. 3.2, principio reiterado en LCCSNS que además aseguró las prestaciones (catálogo de prestaciones y cartera de servicios), regulando una serie de garantías (arts. 23-29) en cuanto a la accesibilidad (universalidad del sistema y ámbito subjetivo de aplicación), movilidad (de forma que el acceso a las prestaciones no dependa del lugar en que se pueda encontrar el paciente), información (sobre los derechos y

---

(51) Año tras año las reclamaciones por responsabilidad patrimonial ocupan más de un tercio de los litigios en esta materia ante la jurisdicción contencioso administrativo. Igual, ocurre previamente con las reclamaciones presentadas ante las Administraciones autonómicas y dentro de estas reclamaciones las que afectan a la asistencia sanitaria: *Informe sobre la Justicia Administrativa 2020*. La pandemia dará lugar a que estas reclamaciones a buen seguro aumenten considerablemente, lo que ha hecho que algunas CCAA hayan introducido cambios normativos destinados a dificultar la articulación de reclamaciones. Así la Ley 5/2020, 29 de abril, ha modificado el art. 59 de la Ley 19/2014, de 29 de diciembre, de transparencia, acceso a la información y buen gobierno, limitando la exigibilidad de los estándares mínimos de calidad de las cartas de servicio a que este se preste en «condiciones normales» y «sin perturbaciones ajenas que alteren su funcionamiento», legitimando que si «concurren razones excepcionales sobrevenidas que afecten a su funcionamiento de manera extraordinaria», puedan suspenderse temporalmente dichos estándares, así como los derechos directamente derivados de la carta. Los estándares de calidad se utilizan para delimitar si el funcionamiento del servicio es normal o anormal lo que tiene especial relevancia en las demandas de responsabilidad patrimonial en general, y de las planteadas por asistencia sanitaria en particular, donde la imputación a la Administración requiere en la mayor parte de los supuestos un funcionamiento anormal del servicio, ya que la asistencia sanitaria implica una obligación de medios y no de resultados.

deberes, sobre las prestaciones y servicios, así como sobre los centros y establecimientos sanitarios que serán incluidos en un registro de carácter público), seguridad (uso tutelado de determinadas técnicas y procedimientos, centros de referencia, requisitos mínimos para apertura y funcionamiento de centros), calidad (derecho a la libre elección de facultativo y una segunda opinión médicas, medidas para la humanización de la asistencia, incorporación progresiva de habitaciones de uso individual, accesibilidad y eliminación de barreras arquitectónicas) y tiempo máximo de acceso; un año antes, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, había establecido una completa configuración del derecho al consentimiento informado del paciente, el derecho a la intimidad, el derecho a elegir entre varias opciones clínicas disponibles, así como el acceso a la historia clínica y la conservación de la documentación clínica. Toda esta normativa básica estatal ha sido desarrollada por las CCAA con mayor o menor intensidad, normativa a la que vamos a prestar ahora atención en relación con aquellos derechos, que a nuestro juicio tienen una especial relevancia en el concepto de buena administración.

## 2. La posición jurídica del paciente en el ejercicio de ciertos derechos

### 2.1. DERECHO A LA ATENCIÓN EN UN TIEMPO MÁXIMO DE ESPERA

La LCCSNS en su art. 4 recoge el derecho de todos los ciudadanos en el conjunto del SNS a recibir asistencia sanitaria en un tiempo máximo de espera, señalando el art. 25 que el Consejo Interterritorial fijará los criterios para el acceso en un tiempo máximo a las prestaciones del SNS, con exclusión de las intervenciones quirúrgicas de trasplantes de órganos y tejidos, cuya realización dependerá de la disponibilidad de órganos, así como de la atención sanitaria prestada ante situaciones de catástrofe. Estos criterios se fijan por Real Decreto y sirven de referencia para que las CCAA definan los tiempos máximos de acceso a su cartera de servicios. Las listas de espera han sido, sin duda, uno de los puntos más débiles en el funcionamiento de la asistencia sanitaria en nuestro país (52); la existencia de una demanda de asistencia muy elevada de determinadas prestaciones, sin que sean suficientes los recursos humanos y materiales para satisfacerla, produce una pérdida de confianza del paciente en el SNS y supone, sin duda, la quiebra más importante de lo que ha

---

(52) PEMAN GAVIN, J. (2001), «Las prestaciones sanitarias públicas: Configuración Actual y Perspectivas de futuro». *Revista de Administración Pública*, núm. 156, pág. 140.

de entenderse por buena administración en el ámbito sanitario. Por todo ello, de forma coetánea a la LCCSNS se aprobó el RD 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecieron medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el SNS y se puso en marcha el sistema de información sobre las mismas, de manera que los datos entre distintas CCAA fuesen comparables. Sin embargo, a día de hoy este intento no ha dado los resultados esperados y realmente la gestión de las listas de espera por parte de cada comunidad autónoma reviste diferencias importantes que hacen que el objetivo pretendido no se haya logrado y que la gestión de las listas de espera siga pendiente de una solución integral(53). En cuanto a la fijación de los criterios marco para garantizar ese tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del SNS, su regulación tardó un tiempo en llegar(54), y no va a ser hasta el RD 1039/2011, de 15 de julio, cuando se establezcan dichos criterios para ciertas prestaciones sanitarias con carácter básico(55). En esta norma se obliga a los Servicios de Salud a ofertar al usuario las alternativas que consideren más apropiadas para la efectiva realización de la atención garantizada (Art. 5.3), sin embargo, una debilidad evidente en la configuración que se realiza de este importante derecho es que no se regulan las consecuencias del incumplimiento de estos tiempos máximos, lo cual deja en manos de las CCAA la previsión de medidas cuando se dé ese supuesto, pero sin dotar al paciente de un derecho reaccional claro frente a los incumplimientos(56).

---

(53) Las listas de espera presentan una gestión deficiente y a menudo son objeto de «acciones de maquillaje» en las que se produce la salida de pacientes de la misma, sin una suficiente transparencia por parte de los Servicios de Salud autonómicos. Los supuestos en los que los pacientes pierden esta garantía deben ser tasados y no permitir los bailes de cifras a los que por desgracia estamos acostumbrados. Además, es sin duda un tema que suele ser objeto de fuerte politización, especialmente en épocas preelectorales, en las que todos los partidos aseguran su capacidad para reducir las mismas, capacidad que claramente se diluye en cuanto gobiernan.

En este sentido sería preciso plantear una nueva normativa a nivel estatal que obligase de verdad a una gestión homogénea, a un plus de transparencia en esta materia que incremente la confianza en el sistema y a la participación activa de los pacientes en la toma de decisiones sobre la situación en cada Servicio de Salud. Hay servicios médicos que llevan con listas estructurales durante mucho tiempo y que sin una dotación de medios adecuados será imposible corregir. El recurso a los conciertos para determinadas intervenciones o pruebas diagnósticas es frecuente pero tampoco ha supuesto la solución del asunto. Un adecuado equilibrio entre varias opciones será lo que determine si estamos ante una buena o mala gestión.

(54) Este retraso llevó a que previamente muchas CCAA ya hubiesen aprobado su propia normativa.

(55) En el anexo se recoge un tiempo máximo de espera de 180 días para las intervenciones de cirugía cardíaca valvular, cirugía cardíaca coronaria, cataratas, prótesis de cadera y de rodilla.

(56) PEMÁN GAVÍN, J. (2001), *op. cit.* pág. 138. En este trabajo se considera la posición jurídica de los pacientes en lista de espera como precaria. Más recientemente en el mismo sentido CAYÓN DE LAS CUEVAS, J. (2010), «La protección del paciente ante el fenómeno de las listas de espera», *Derecho y Salud*, Vol. 19, Núm. Extra 1, (Ejemplar dedicado a: XVIII Congreso «Derecho y Salud»), págs. 57-73.

Las CCAA han aprobado sus propias normas con diferencias sustanciales entre unas y otras(57), lo que implica una diferente posición jurídica del particular en función de su lugar de residencia. Algunas como Cantabria, Castilla-La Mancha, Galicia o la Comunidad Foral de Navarra han optado por aprobar normas con rango de Ley, mientras que otras, la mayoría, han establecido la regulación en normas reglamentarias; todas ellas han ampliado la fijación de tiempo máximos incluyendo no sólo las intervenciones quirúrgicas no urgentes, sino también la atención especializada y las pruebas diagnósticas; por otro lado, son bastantes las CCAA que han optado por reducir los tiempos máximos fijados por el Estado. Así, y a modo de ejemplo, mientras en Asturias se han mantenido los tiempos máximos estatales con 180 días para las intervenciones quirúrgicas y 60 días para las pruebas diagnósticas y las consultas especializadas, en Galicia son muchas las intervenciones que tienen fijado un plazo de 60 días naturales como tiempo máximo y para las pruebas diagnósticas y la atención especializada el plazo es de 45 días(58); si acudimos a la norma de Cantabria nos encontramos que respecto a las intervenciones quirúrgicas fija el plazo general de 180 días, 60 días para la atención especializada y 30 días para las pruebas diagnósticas. En el País Vasco desde el año 2012 las intervenciones oncológicas y las de cardiología, junto con las consultas y pruebas diagnósticas vinculadas a estos ámbitos tienen un tiempo máximo fijado de 30 días(59). Junto a los plazos hay otras cuestiones a tener en cuenta y que afectan a los pacientes en relación con el momento que finalmente van a recibir la asistencia requerida. En primer lugar, los casos que son considerados como urgentes en la valoración médica, son expresamente excluidos de la aplicación de la normativa de tiempos máximos, por lo tanto, hay una primera decisión técnica que marcará el desarro-

---

(57) Sin ánimo exhaustivo: Ley 7/2006, de 15 de junio, de garantías de tiempos máximos de respuesta en la atención sanitaria especializada en el sistema sanitario público de Cantabria; Ley Foral 14/2008, de 2 de julio, de listas de espera, desarrollada por el Decreto Foral 21/2010, de 26 de abril; Ley 12/2013, de 9 de diciembre, de garantías de prestaciones sanitarias, desarrollada por Decreto 105/2017, de 28 de septiembre, de la Xunta de Galicia; Ley 3/2014, de 21 de julio, Garantía de la atención sanitaria y del ejercicio de la libre elección en las prestaciones del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha; Decreto 65/2006, de 21 de marzo, por el que se establecen los plazos máximos de acceso a procedimientos quirúrgicos programados y no urgentes a cargo del Sistema Sanitario de Euskadi; Decreto 116/2009, de 23 de junio, del Gobierno de Aragón, sobre plazos máximos de respuesta en la asistencia sanitaria en el Sistema de Salud de Aragón; Decreto 59/2018, de 26 de septiembre, de garantía de tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Servicio de Salud, información sobre listas de espera y Registro de Demanda Asistencial del Principado de Asturias.

(58) Anexo del Decreto 105/2017, de 28 de septiembre, de la Xunta de Galicia.

(59) Decreto 230/2012, de 30 de octubre, por el que se establecen para el Sistema Sanitario Público de Euskadi los plazos máximos de acceso a las consultas de cardiología y oncología y pruebas complementarias no urgentes.

llo posterior de la asistencia; además, excluida la urgencia, la necesidad de una prueba o intervención o consulta especializada se priorizará en función del estado de salud del paciente, lo cual en muchas normativas supone modulaciones de los tiempos máximos de espera. Finalmente, hay que tener en cuenta que el cómputo de plazos no se inicia desde el diagnóstico, sino desde la incorporación a la lista de espera para lo que hay un procedimiento formal que maneja la Administración y que, en la mayor parte de los casos, el paciente no controla. Esta cuestión debería ser objeto de mejora en términos de buena administración, ya que es frecuente que existan lapsos de tiempo importantes desde el diagnóstico hasta la incorporación (60).

A efectos de este trabajo, tan importante como recibir la asistencia sanitaria en un plazo razonable, resulta la protección jurídica que las normas otorgan a los pacientes frente a los frecuentes incumplimientos por parte de la Administración sanitaria de los tiempos máximos de espera. Tradicionalmente, las dos vías de reacción han sido el reintegro de gastos (vía excepcional, por la exigencia de existencia de riesgo vital) (61) y la responsabilidad patrimonial de la Administración que exige que se haya producido un daño antijurídico (62); la fijación de tiempos máximos de espera, aunque lógicamente ha reforzado la posición jurídica del paciente, que al menos puede alegar un incumplimiento por parte de la Administración, lo cierto es que sigue sin ofrecer una respuesta adecuada, aunque también es cierto que en algunas CCAA se han producido avances importantes.

---

(60) Así, en el Decreto 59/2018 del Principado de Asturias, se exige para que el paciente obtenga un certificado con la fecha de incorporación al Registro que este lo solicite, cuando lo lógico sería que la Administración de oficio comunicase esa fecha al paciente una vez que la prueba o la intervención ha sido solicitada por el facultativo responsable (art. 11). En cambio, en Galicia, el Decreto 105/2017 da unos márgenes de tiempo para que el paciente acuda a la unidad de gestión de citas (10 días para pruebas diagnósticas y un mes para intervenciones quirúrgicas) momento en el que se le incorpora al Registro y se expide el certificado correspondiente (art. 11). En este caso, se entiende que si el paciente no acude a la unidad de gestión de citas en los plazos fijados tendría que volver a acudir a su facultativo para una nueva prescripción de la prueba o intervención, lo que también supone una carga innecesaria.

(61) En los últimos tiempos se han producido sentencias menos restrictivas en el reconocimiento de reintegro de gastos, lo que ha reforzado sin duda la posición del paciente. STSJ de Asturias (Sala de lo Social) de 7 de mayo de 2019 e igualmente en materia de responsabilidad patrimonial, STS (Sala de lo Contencioso-administrativo) de 20 de mayo de 2020 ECLI:ES:TSJAS:2019:1277 en la que se reconoce el derecho a indemnización por un retraso en una intervención cardiaca por dolencia severa y prioridad para la intervención menor de 30 días sin que dos meses después se hubiese llevado a cabo con resultado de muerte. Con anterioridad fueron muchas las sentencias que denegaron la indemnización por retraso en prueba diagnóstica si no se demostraba que el mismo podría incidir negativamente en la evolución de la enfermedad del paciente ni siquiera en casos oncológicos, STS, Sala Tercera, 8 de julio de 2016 (RJ 4323).

(62) CAYÓN DE LAS CUEVAS, J. (2010), «La protección del paciente ante el fenómeno de las listas de espera», *Derecho y Salud*, Vol. 19, Núm. Extra 1, (Ejemplar dedicado a: XVIII Congreso «Derecho y Salud»), págs. 57-73.

Los incumplimientos son frecuentes y la normativa permite muchas excepciones que se han añadido a la situación de catástrofe que señala la LCCSNS, así huelgas, epidemias o disfunciones graves que afecten a uno o más centros o servicios sanitarios son motivos que dejan en suspenso la garantía y el cómputo de los plazos. Podemos fácilmente imaginar el impacto que está teniendo y que va a tener en los próximos años la pandemia por el COVID-19 sobre los tiempos máximos de atención, lo cual evidencia la debilidad del sistema y obliga a buscar soluciones, no coyunturales sino estructurales. Además, las diferencias entre CCAA respecto a las garantías que se otorgan a los pacientes en las distintas normativas resultan evidentes. Se pueden delimitar principalmente dos modelos en función de que se permita o no acudir a los centros de carácter privado una vez que se produce el incumplimiento. Por un lado, el que reconoce el derecho del paciente a solicitar autorización para recibir la atención en cualquier otro centro sanitario (incluyendo los privados no concertados), generándose a su vez el derecho a que el importe de esa asistencia sea abonado por los Servicios de Salud autonómicos (con unas cuantías máximas preestablecidas), siempre que se hayan cumplido escrupulosamente todos los requisitos y procedimientos exigidos(63). Por otro, el que en caso de incumplimiento de los tiempos máximos de espera solamente obliga a la Administración sanitaria a derivar al pa-

---

(63) El Decreto 65/2006, de 21 de marzo, por el que se establecen los plazos máximos de acceso a procedimientos quirúrgicos programados y no urgentes a cargo del sistema sanitario de Euskadi, es de los garantistas con la posición jurídica del paciente. Una vez que se superen los tiempos máximos de espera, el paciente debe presentar una solicitud para que la atención sanitaria tenga lugar lo antes posible (la cual puede presentarse no solo en los lugares contemplados en la Ley 39/2015, sino también en el hospital en el que se encuentra en situación de espera de intervención quirúrgica o en el centro de salud asignado), la resolución de esa solicitud deberá dictarse en el plazo de 20 días; si es expresa concretará el centro al que se deriva y la cuantía económica que el Departamento de Sanidad se compromete a satisfacer de forma directa como máximo, con referencia a los importes establecidos sobre tarifas aplicables a los conciertos de asistencia sanitaria prestada con medios ajenos; si la resolución es desestimatoria tendrá que ser motivada y si se produce silencio se entenderá la solicitud estimada pudiendo acudir el paciente al centro de su elección, siéndole abonados los gastos en que haya incurrido con los mismos límites existentes que cuando se produce el abono directo al centro sanitario. La Ley 7/2006, de 15 de junio, de tiempos máximos de espera de Cantabria, diseña un modelo parecido, si bien no tan garantista. En cambio, el Decreto 105/2017, de 28 de septiembre, por el que se regula el sistema de garantía de tiempos máximos de acceso a las prestaciones sanitarias públicas, de Galicia, siendo encuadrable en este primer modelo, fija un procedimiento para optar a recibir la atención en otro centro con carácter muy restrictivo y con plazos disuasorios para los pacientes, pues una vez superado el límite máximo de espera, y dada una alternativa para recibir la asistencia por el Servicio de Salud, el paciente deberá manifestar su aceptación en un plazo de 7 días naturales, ya que si no lo hace se entenderá que mantiene su solicitud de asistencia en el centro que le corresponde, renunciando a la garantía en el proceso. En cuanto al reintegro de gastos, si no se presenta la factura correspondiente a la asistencia en el plazo de 10 días hábiles, contados a partir de la fecha de alta del proceso, se pierde el derecho al reintegro.

ciente a otro centro propio o concertado de la Comunidad Autónoma para que reciba la atención sanitaria (64).

Sobre esta cuestión existe una cierta polémica que viene dada en buena medida por la importante carga ideológica que afecta al modelo de asistencia sanitaria. Desde las CCAA que no permiten la remisión a los centros privados no concertados, se entiende que el sistema sanitario público es el llamado a atender con sus propios medios a los pacientes en el marco del SNS, sin permitir ni fomentar la derivación de pacientes a la red privada, pero lógicamente para ello la red pública debe estar adecuadamente dimensionada en cuanto a medios personales y materiales suficientes para respetar los tiempos máximos de espera; en este modelo, sí se permite la remisión a centros concertados (65). Desde la perspectiva del otro modelo, se defiende que para determinadas intervenciones quirúrgicas puede resultar más eficiente, desde el punto de vista económico y desde el de la propia gestión, derivar pacientes al sistema privado que contratar un mayor número de profesionales en el ámbito público con carácter permanente, lo que no siempre garantiza la eliminación de las listas de espera o evita que al poco tiempo el personal médico estatutario solicite la dedicación a tiempo parcial para dedicarse al ejercicio privado de la profesión o incluso fuerce las situaciones de autoconcertación (66). A todo ello, es preciso añadir que el número de profesionales sanitarios en nuestro país es limitado, tal y como estamos comprobando en estos momentos, y aunque exista la voluntad de contratar más profesiones ello no siempre es posible. Los férreos *numerus clausus* de las Facultades de Ciencias de la Salud, junto con unas condiciones laborales que han invitado a muchos profesionales a ejercer su actividad en otros países con mejores remuneraciones y más estabilidad, nos han colocado en una posición complicada para dar una adecuada solución a las listas de espera, que como ya se ha señalado, constituyen, sin duda, la principal debilidad de nuestro SNS. Ni que decir tiene que, si en condiciones normales este asunto presenta una enorme complejidad, cualquier incidencia de menor o mayor gravedad, como una huelga de profesionales o una situación de pandemia como la que se está viviendo pueden llevar a que los tiempos de espera se dupliquen y cueste largos años recuperar la situación inicial,

---

(64) Este modelo es el que sigue en Ley 3/2014, de 21 de julio, de Castilla-La Mancha y en el Decreto 59/2018 del Principado de Asturias.

(65) En este modelo no se permite que el paciente una vez sobrepasados los tiempos acuda a centros privados, ni que se genere un derecho al reintegro de los gastos a cargo de los Servicios de Salud autonómicos, salvo que su situación se pueda encuadrar en el supuesto de riesgo vital, lo que al final será una cuestión de prueba, cuya valoración previsiblemente acabe en los tribunales de justicia.

(66) *Vid.* nota 29 sobre los problemas en torno a la autoconcertación.

siendo los pacientes y su salud los que se ven perjudicados por la falta de respuesta (67).

## 2.2. DERECHO A LA LIBRE ELECCIÓN DE FACULTATIVOS Y CENTROS Y DERECHO A OBTENER UNA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

Entre los derechos de los pacientes que contribuyen a la consecución del derecho a una buena administración se encuentran también, el derecho a la libre elección de facultativo y el derecho a una segunda opinión facultativa sobre su proceso. El primero de ellos se contempla en la propia LGS en su art. 10.13 como un derecho de todos frente a las Administraciones sanitarias consistente en el derecho a elegir «el médico y los demás sanitarios titulados» de acuerdo con las condiciones contempladas en la propia Ley y en su normativa de desarrollo. Por su parte, el art. 13. de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente, establece que los usuarios y pacientes del SNS, tanto en la atención primaria como en la especializada, tendrán derecho a la información previa correspondiente para elegir médico e igualmente centro, con arreglo a los términos y condiciones que establezcan los servicios de salud competentes. Por su parte, la LCCSNS establece en su art. 28 señala que las instituciones asistenciales velarán por la adecuación de su organización *para facilitar la libre elección de facultativo y una segunda opinión en los términos que reglamentariamente se establezcan*. Respecto a la facultad de solicitar una segunda opinión, el art. 4 de la LCCSNS lo recoge como un derecho de los ciudadanos en el marco del SNS, remitiéndose al art. 28 para su concreción. Este precepto regula aquellos aspectos vinculados con la calidad de los servicios sanitarios señalando que se precisará un desarrollo reglamentario para su configuración (68). Estos dos derechos permiten al paciente intervenir activamente y ejercer su derecho de participación en el proceso médico que le afecta, lo cual sin duda supone un avance importante (69).

---

(67) Junto con los tiempos máximos de espera para una intervención quirúrgica o una prueba diagnóstica, en algunas CCAA recientemente se ha dado un paso más y se han regulado los tiempos máximos de atención en los servicios de urgencia hospitalarios. No es de recibo que en algunos hospitales los tiempos máximos de espera puedan llegar a un número elevado de horas y que los pacientes pendientes de ingreso hospitalario puedan permanecer días pendientes de que se les asigne una cama. Así, el Decreto 45/2019, de 21 de mayo, garantiza el derecho a la información, el derecho al acompañamiento y los tiempos máximos de atención en los servicios de urgencia hospitalaria del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

(68) TRIGO GARCÍA, B. (2014), « Responsabilidad por eventos adversos, diagnóstico tardío o erróneo y derecho a una segunda opinión médica», *Derecho y Salud*, Vol. 24 Extraordinario XXIII Congreso, págs. 245-252.

(69) VILLAR ROJAS, F.J., «Garantías de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud II: libre elección de médico y centro, segunda opinión facultativa y tiempo máximo de respuesta» en PALOMAR A. y CANTERO, J. (Directores) *Tratado de Derecho Sanitario*, Volumen I, Aranzadi, 2013, págs. 715-734.

El derecho a la libre elección de facultativo se reguló en un primer momento en el ámbito estatal (en el marco del INSALUD)(70) y más tarde en el autonómico (aunque hay CCAA que siguen careciendo de regulación propia, lo que implica que siguen aplicando la normativa estatal)(71). Las normas autonómicas han completado y desarrollado este derecho extendiendo su aplicación a la elección de centro de salud y de hospital(72), aunque a veces limitada al departamento de salud o zona que le corresponda al paciente en función de su domicilio. El derecho a la libre elección de facultativo es un derecho que admite excepciones por razones del servicio, así la mayor parte de las normativas señalan una serie de condiciones y límites para acomodar este derecho al correcto funcionamiento asistencial y excepcionan el mismo en algunos supuestos, así ocurre cuando el facultativo elegido sea responsable de la atención sanitaria de un número de personas que exceda de la población asignada por médico, pues en ese caso quedaría vulnerada la garantía de una asistencia sanitaria de calidad(73). Ahora bien, tampoco cabe que los Servicios de Salud denieguen el derecho de libre elección en razones de mera oportunidad o restrinjan el derecho de tal forma que suponga una eliminación del mismo(74).

---

(70) Así con anterioridad a que se produjesen las transferencias a las CCAA en materia sanitaria se desarrolló este derecho en el Real Decreto 1575/1993 de 10 de septiembre, que regula la libre elección de médico en los servicios de atención primaria del Instituto Nacional de la Salud en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social y en el Real Decreto 8/1996, de 15 de enero, que regula la libre elección de médico en los servicios de atención especializada del Instituto Nacional de la Salud.

(71) Decreto 57/2007, de 17 de abril, regula el procedimiento para la libre elección de Médico Especialista y de Hospital en el Sistema Sanitario Público de Aragón; Decreto 74/2015 de 15 de mayo, regula la libre elección en el ámbito de la atención primaria y especializada del Sistema Valenciano de Salud, así como la creación de su registro autonómico; Decreto 55/2015 de 26 de marzo, regula el ejercicio del derecho a la libre elección de personal médico de familia, pediatra y personal de enfermería en atención primaria, y de centro o complejo hospitalario por un problema de salud nuevo, en el Sistema público de salud de Galicia; Decreto 147/2015, de 21 de julio, por el que se aprueba la Declaración sobre Derechos y Deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi; Decreto 48/2016 de 25 de noviembre, establece la libre elección de profesional sanitario y de centro en los ámbitos de Atención Primaria y Atención Especializada en el Sistema Público de Salud de La Rioja.

(72) Así, tempranamente la CA de Andalucía por medio de su Decreto 128/1997 de 6 de mayo, ya incluyó la elección de hospital público. Más recientemente también ha incluido este derecho la Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de Derechos y deberes de las personas en materia de salud en Navarra y la Ley 3/2014, de 21 de julio, de Castilla-La Mancha, de garantía de la atención sanitaria y del ejercicio de la libre elección en las prestaciones del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

(73) Decreto 74/2015, de 15 de mayo, regula la libre elección en el ámbito de la atención primaria y especializada del Sistema Valenciano de Salud, así como la creación de su registro autonómico, (art. 10).

(74) Así la STSJ de Cantabria de 22 de febrero de 2006 (núm. 200/2006) declara nula la denegación de una solicitud de cambio de facultativo, a pesar de que reconoce que la Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria limita la libre elección en las facultades de organización sanitaria de los servicios en el primer nivel de la atención. No considera relevante los argumentos esgrimidos por el Servicio de Salud de Cantabria, como la distribución de cupos producidos en el área sanitaria del paciente, considerando que «el precepto legal citado obliga a la Adminis-

En cuanto el derecho a disponer de una segunda opinión facultativa sobre la enfermedad que se padece, el art. 4 de la LCCSN lo recoge como derecho, pero no lo desarrolla, sino que se remite al desarrollo reglamentario del mismo, desarrollo que no se ha producido en el ámbito estatal sino en el autonómico (75). La normativa reguladora de esta facultad de los pacientes lo limita a ciertas enfermedades y en general aquellas que producen riesgo para la vida, por lo tanto, no se trata de un derecho que legitime a los pacientes en todos los casos a solicitar una segunda opinión, como podría deducirse de su formulación legal. Esa segunda opinión se restringe con carácter general a facultativos y centros encuadrados en el ámbito de los Servicios de Salud correspondientes. En todo caso, la denegación debe ser suficientemente motivada en razones objetivas, en caso contrario cabría dar lugar, bien a una responsabilidad patrimonial de la Administración por falta de oportunidad o incluso a un reintegro de gastos si el paciente acude a un centro privado en busca de esa segunda opinión (76). En algunas CCAA la regulación trata de reforzar la posición jurídica del paciente que solicita el ejercicio de este derecho, otorgando al silencio administrativo carácter estimatorio cuando no se da una respuesta en el plazo fijado en la norma (77).

Como punto final al comentario de estos derechos, sin perjuicio de que se reconozca que su incorporación y aplicación ha supuesto un importante avance en el ámbito sanitario para la materialización del derecho a una buena administración, es necesario apuntar que la configuración de los mismos en la normativa sigue presentando carencias. Así, aunque hay una obligación de información a los pacientes sobre los derechos que tienen en el marco del SNS, debidamente contemplada en todas las normas, tanto estatales como autonómicas, lo cierto es que

---

tración sanitaria a adaptar progresivamente la organización de los centros y servicios con el fin de garantizar el ejercicio del derecho a libre elección por parte de los usuarios del sistema» Por otra parte, señala que «aun cuando por razones organizativas (...) se pueda suspender el ejercicio del derecho, este límite vendría justificado únicamente por razones de una mejor calidad del servicio, esto es, cuando por las expuestas razones de carga de trabajo de todos los profesionales del centro o del específico facultativo a favor del cual se ejerce el derecho de opción, estén al límite de personas asignadas, lo que no parece ser el caso».

(75) Sin ánimo exhaustivo regulan el derecho a una segunda opinión médica los siguientes Decretos autonómicos: Decreto 127/2003 de 13 de mayo, de Andalucía. Decreto núm. 16/2004 de 26 de febrero, de Extremadura; Decreto 125/2007, de 5 de junio, de Cataluña; Decreto 149/2007 de 18 de septiembre, del País Vasco, Decreto 121/2007 de 20 de diciembre, de Castilla y León; Decreto 86/2009, de 19 de junio, del Consell Valencià; Decreto 35/2010, de 9 de marzo, del Gobierno de Aragón; Decreto núm. 2/2015 de 15 de enero, de Cantabria; Decreto 54/2015, de 12 de marzo, del Galicia; Decreto 91/2018, de 4 de diciembre, de Castilla La Mancha.

(76) STSJ de Castilla y León de 18 de diciembre de 2015 ECLI:ES:TSJCL:2015:5990, reconoce el derecho a reintegro de gastos por intervención en la sanidad privada, al no haber sido suficientemente justificada la denegación de una segunda opinión médica.

(77) Art. 11.3 Decreto 54/2015, de 12 de marzo, de Galicia.

hay una buena parte de la ciudadanía que ignora su existencia, sin que de momento se hayan articulado medidas eficaces para poner fin a esta situación. Por otro lado, la condición socioeconómica de los pacientes también incide en el ejercicio de estos derechos de forma determinante; resulta evidente que una persona con recursos, si considera que el incumplimiento del tiempo de máximo de espera está poniendo en peligro su vida o su integridad física, buscará alternativas asistenciales para que se le atienda de forma inmediata, y posteriormente ejercerá la defensa jurídica de sus derechos; en cambio una persona que no tiene la capacidad económica para adelantar el coste de una prueba, de una intervención o de una segunda opinión médica estará sin duda en una posición en la que difícilmente, si el funcionamiento de la Administración no se ajusta a los principios de buena administración, podrá hacer valer estos derechos.

Como conclusión de este recorrido a través de la normativa sanitaria, se puede señalar que se han producido avances importantes, pero todavía queda mucho camino por recorrer para que la posición jurídica de los pacientes (de todos los pacientes) permita una protección adecuada, cuando se produzcan incumplimientos en los derechos reconocidos. Probablemente en los próximos años los Servicios de Salud tendrán que hacer esfuerzos adicionales para solventar todas las dificultades generadas por la situación de pandemia, sin embargo, también tienen por delante una oportunidad para afrontar reformas estructurales pendientes que permitan que nuestro SNS supere debilidades y carencias, tanto en el ámbito prestacional, como en el ámbito de la salud pública, y que salga fortalecido del proceso. El desarrollo de los principios de buen gobierno y la consolidación del derecho a una buena administración pueden ser instrumentos claves para lograr ese objetivo.

## Bibliografía

- BELTRÁN AGUIRRE, J. (2012), «Real Decreto-Ley 16/2012 de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del sistema nacional de salud. Análisis crítico en relación con los derechos ciudadanos y las competencias autonómicas», en *Revista Aranzadi Doctrinal*, núm. 3, 2012 (BIB 2012, 940), págs. 191-207.
- BOUSTA, R. (2020), «La polisemia del derecho a una buena administración: Análisis crítico de los ordenamientos europeo y español», *Revista de la Facultad de Derecho de México*, Vol. 70, Núm. 276, 1, 2020, págs. 199-230.
- CABASÉS HITTA, J.M. (2013), «Reflexiones sobre la sanidad pública en España en el Horizonte 2020», *Documentos de Trabajo (Universidad Pública de Navarra. Departamento de Economía)*, núm. 7.

- CANTERO MARTÍNEZ, J. (2014), «Universalidad y gratuidad de las prestaciones sanitarias públicas. Una perspectiva constitucional y desde los compromisos internacionales asumidos por España», *Revista Derecho y Salud*, vol. 14, núm. 1, extra 1, págs. 65-118;
- (2020), «Propuestas para el reforzamiento del sistema público sanitario a través de medidas de Salud Pública», *Derecho y Salud*, Volumen 30 extraordinario, págs. 11-21.
- CAYÓN DE LAS CUEVAS, J. (2010), «La protección del paciente ante el fenómeno de las listas de espera», *Derecho y Salud*, Vol. 19, Núm. Extra 1, (Ejemplar dedicado a: XVIII Congreso «Derecho y Salud»), págs. 57-73.
- CUETO PÉREZ, M. (2019), «El sector público sanitario: Horizonte 2020» en *Retos y propuestas para el sistema de salud* (dir. J.A. PÉREZ GÁLVEZ), págs. 173- 215, Tirant lo Blanch.
- DELGADO DEL RINCÓN, L.E. (2019), *El derecho a la asistencia sanitaria de los extranjeros. Limitaciones y problemas competenciales*, Tirant lo Blanch.
- FREIRE, J.M., «Los retos de las reformas sanitarias en el SNS», *Mediterráneo económico*, n 26 , págs. 351-368.
- GONZÁLEZ CARRASCO, C. (2020), «Responsabilidad patrimonial y civil por contagios del SARS-COV-2 en residencias de mayores: Nexo causal y criterios de imputación», *Derecho y Salud*, vol. 30, extraordinario núm. 1, págs. 22-35.
- GONZÁLEZ SUÁREZ, G. (2020), «Análisis ético y jurídico sobre los criterios de priorización de enfermos en las unidades de cuidados intensivos», *Derecho y Salud*, vol. extraordinario 30, núm. 2, págs. 44-56.
- HERNÁNDEZ AGUADO, I. (2018), «Diseño institucional y buen gobierno: avances y reformas pendientes», *Cuadernos Económicos ICE*, núm. 96, (ejemplar dedicado a: Sistema Nacional de Salud: retos y tareas pendientes tras la gran Recesión), págs. 145-164.
- «Independencia y transparencia en salud pública», *Retos en Salud Pública. Derechos y deberes de los ciudadanos*. Ed. Comares, págs.181-193.
- HIERRO, J. (2012), «La prestación por asistencia sanitaria: cuestiones sobre su encuadramiento», *Revista General de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social*, núm. 31;
- MARTÍNEZ NAVARRO, J.A. (2021), «Los efectos de la Covid-19 en las residencias de mayores», *RVAP*, núm. 119, págs. 127-166.
- MENÉNDEZ SEBASTIÁN, E.M. (2020), «La buena administración en la gestión de los servicios públicos», en *La prestación de servicios socio-sanitarios* (dir. L. TOLIVAR ALAS, M. CUETO PÉREZ.) Tirant lo Blanch, págs. 171-199.
- (2021), *De la función consultiva clásica a la buena administración*, Marcial Pons, págs. 20 y ss.
- MONEREO PÉREZ, J.L. y LÓPEZ INSUA, B.M. (2019), «Un paso atrás en la universalidad del acceso a la asistencia sanitaria de las personas inmigrantes en España: comentario jurídico-crítico a la sentencia del tribunal supremo de 13 de mayo de 2019» , *Revista de Jurisprudencia Laboral*, núm. 6.

- MONTOYA MELGAR, A. (2018), «Ámbito subjetivo del Sistema Nacional de Salud. (doctrina reciente del Tribunal Constitucional)». *Revista Española de Derecho del Trabajo*, núm. 210, 2018, págs. 11-16;
- OLIVA, J., PEIRÓ, S. y PUIG-JUNOY, J. (2014), «Sistema Nacional de Salud y propuestas de reformas sanitarias en el sistema nacional de salud». *Revista Mediterráneo económico*, núm. 26, págs. 8-9.
- ORTÚN-RUBIO, V. (2002), «Reforma de la sanidad», *Las estructuras del bienestar: propuestas de reforma y nuevos horizontes* (coord. por Santiago MUÑOZ MACHADO, José Luis GARCÍA DELGADO, Luis GONZÁLEZ SEARA), Ed. Civitas, págs. 159-208.
- PEMÁN GAVÍN, J. (2001), «Las prestaciones sanitarias públicas: Configuración Actual y Perspectivas de Futuro», en *Revista de Administración Pública*, núm. 156, 2001, págs. 140.
- PÉREZ GÁZQUEZ, I.M. (2020), «La pretendida e inalcanzada universalidad de la asistencia sanitaria gratuita. Retos pendientes», *Revista Española de Derecho del Trabajo* núm. 232, págs. 127-164
- PONCE SOLE, J. (2013), *El derecho y la (ir)reversibilidad limitada de los derechos sociales de los ciudadanos*, Madrid: Instituto Nacional de Administración Pública, 2013.
- «La discrecionalidad no puede ser arbitrariedad y debe ser buena administración», *Revista Española de Derecho Administrativo*, núm. 175, enero-marzo 2016, págs. 57-84.
- REPULLO LABRADOR, J.R. (2012), «La sostenibilidad de las prestaciones sanitarias públicas» en *Crisis económica y atención a las personas vulnerables* (M.A. PRESNO LINERA, coord.), Oviedo.
- REPULLO LABRADOR, J.R. y FREIRE, J.M. (2016), «Implementando estrategias para mejorar el gobierno institucional del SNS», *Gaceta Sanitaria*, vol. 30, 2016, págs. 3-8.
- TRIGO GARCÍA, B. (2014), « Responsabilidad por eventos adversos, diagnóstico tardío o erróneo y derecho a una segunda opinión médica», *Derecho y Salud*, Vol. 24 Extraordinario XXIII Congreso, págs. 245-252.
- VILLAR ROJAS, F.J. (2013), «Garantías de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud II: libre elección de médico y centro, segunda opinión facultativa y tiempo máximo de respuesta» en PALOMAR, A. y CANTERO, J. (Dirs.) *Tratado de Derecho Sanitario*, Volumen I, Aranzadi, págs. 715-734.