



EL SISTEMA DE SALUD ESPAÑOL: DE LA DESCENTRALIZACIÓN A LA COORDINACIÓN

THE SPANISH HEALTH SYSTEM: FROM DECENTRALIZATION TO COORDINATION

ALBERTO PALOMAR OLMEDA¹

RESUMEN

En este artículo se analiza el sistema de salud establecido en España, donde la Constitución de 1978 ha instaurado un modelo territorial descentralizado con un gran protagonismo de las Comunidades Autónomas. Se analiza con perspectiva histórica la evolución de la legislación que ha ido confirmando el actual sistema público de salud, resaltando la importancia de la coordinación, así como los retos a afrontar en el futuro.

PALABRAS CLAVE

Sanidad | coordinación | relaciones interadministrativas | salud pública | Sistema Nacional de Salud

ABSTRACT

This work examines the Health System established in Spain, where the 1978 Constitution established a decentralized territorial model with a great role for the Autonomous Communities. The evolution of the legislation that has been confirming the current public health system is analyzed from a historical perspective, highlighting the importance of coordination as well as the challenges to be faced in the future.

KEYWORDS

Health | coordination | inter-administrative relations | public health | National Health System

SOBRE EL ARTÍCULO

El presente artículo fue recibido por la comisión de Publicaciones el 11 de octubre de 2021 y aprobado para su publicación el 8 de abril de 2022.

CONTENIDO

1. Planteamiento de origen; **2.** Los orígenes de la organización del sistema sanitario; **2.1.** La Ley de coordinación sanitaria de 1934; **2.2.** Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944; **A)** Consideraciones generales de la Ley; **B)** Prestación del servicio; **2.3.** El Instituto Nacional de Previsión; **2.4.** Algunas consideraciones sobre el modelo de coordinación con carácter previo a la estructura orgánica para esta función; **2.5.** La Ley General de Sanidad de 1986; **A)** Los planes de salud; **a.** Los de coordinación del Estado; **b.** Los de carácter conjunto; **c.** Planes autonómicos con financiación de la Administración General del Estado; **B)** Delimitación específica del concepto de coordinación; **C)** El producto real de la coordinación: el Plan integrado de salud; **2.6.** Aproximación al modelo en sus conclusiones más relevantes; **2.7.** La Ley de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud; **2.7.1.** Consideraciones de carácter general; **2.7.2.** Naturaleza jurídica y régimen de funcionamiento del CISNS; **2.7.3.** Delimitación material del marco de relaciones interadministrativas que corresponde

¹ Profesor Titular (Acred.) de Derecho Administrativo. Magistrado de lo contencioso-administrativo (e.v.). Abogado. Socio de Broseta Abogados.

al CISNS; **A)** Funciones esenciales en la configuración del SNS; **B)** Funciones de asesoramiento, planificación y evaluación en el SNS; **C)** Funciones en relación con la coordinación del SNS; **D)** Funciones de cooperación entre el Estado y las Comunidades Autónomas; **3.** Las insuficiencias del modelo de gestión: la necesidad de actuaciones de corte «federal»; **A)** Titularidad de la competencia para la ordenación de actuaciones coordinadas; **B)** Efectos de la declaración de actividades coordinadas; **C)** Régimen específico para las actuaciones coordinadas en materia de seguridad alimentaria; **D)** Régimen específico en relación con el aporte de información; **4.** Un apunte a modo de resumen sobre los sistemas en red y la descentralización territorial; **5.** Bibliografía

1. PLANTEAMIENTO DE ORIGEN

El proceso de descentralización territorial y funcional que ha supuesto la Constitución Española de 1978 (CE en adelante) tiene consecuencias políticas evidentes. Pero, también, consecuencias en el plano de la gestión de los servicios públicos vertebrados hasta la instauración en España de Administraciones territoriales dotadas de autonomía y capacidad política de autogobierno -las Comunidades Autónomas-, sobre la base y la funcionalidad del principio de jerarquía, en los que el reto era la articulación de la presencia del Estado en el territorio que mitigara los efectos de una Administración potencialmente centralizada.

Aquella forma de organización de los servicios deja paso, tras la implantación del modelo tradicional, a diversas instancias territoriales dotadas de autonomía organizativa, funcional e, incluso, económica. Cuando esto ocurre con una generalización evidente, las formas de gestión cambian, ya que la virtualidad del principio jerárquico desaparece y es necesario establecer nuevas fórmulas de gestión. Sobre todo, si el servicio público en cuestión no es estanco y presenta elementos de homogeneidad en su conformación estatal.

Esta homogeneidad puede ir acompañada de otros elementos adicionales, como la necesidad o la oportunidad de las relaciones entre los diferentes sistemas territoriales fundada, por ejemplo, en que el servicio público se concibe como de prestación o de configuración estatal. Por lo tanto, los ciudadanos tienen la posibilidad de demandarlo allí donde se encuentren dentro del territorio español.

Estas circunstancias han agudizado la necesidad de encontrar nuevas técnicas para la relación interadministrativa. El periodo postconstitucional ha centrado dichas técnicas en tres: coordinación (con presencia de un órgano coordinante), cooperación (plena igualdad relacional) y colaboración (relación voluntaria entre sistemas).

Es cierto que estas técnicas de relación —bastante delimitadas en la jurisprudencia constitucional— se han completado con otras que, ciertamente, tienen una condición más de comportamiento y actuación (buena fe, confianza legítima, lealtad institucional) y que, tanto unas como otras, se han fundido en el concepto de “principios generales de actuación” que contempla, en la actualidad, en el artículo 3 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de régimen del sector público (LRJSP).

En todo caso, y al margen de la formulación legal, lo que es claro es que la conformación de sistemas propios en la ejecución de un proyecto común, cuando no puede resolverse con las técnicas comunes de dirección y de jerarquía, exige un amplio esfuerzo de actitudes adicionales, que pasa necesariamente por la concertación y el acuerdo como elementos para la vertebración de aquella parte (la que sea) que se constituye una referencia común y para el conjunto del Estado.

Durante algún tiempo, en el devenir postconstitucional, el debate se ha centrado en las formas jurídicas, y existe, como decíamos, una abundante jurisprudencia que diferencia las formas de relación interadministrativa. Un poco más tarde podemos habernos dado cuenta de que el problema era más profundo y de que, realmente, no existe una cultura de cooperación entre los sistemas.

Primero, porque el factor de implementación de servicios autónomos lo impedía y, después, porque la vertiente política de los aspectos relacionales está limitando cualquier posibilidad de actuación cooperativa.² Estas conclusiones son, desde luego, aplicables al ámbito sanitario, pero serían, en general, predicables de muchos de los servicios públicos que deben funcionar en red y que deben asegurar un contenido prestacional a los españoles, más allá de su lugar común de residencia. En cualquier caso, el déficit de cooperación constituye uno de los problemas más evidentes del funcionamiento del sistema constitucional en la actualidad.³

Estas conclusiones generales son, perfectamente, aplicables centrados ya en el ámbito sanitario, como decíamos, al ámbito de la gestión sanitaria y, en general, de la protección de la salud, como un concepto genérico más amplio, que implica la necesidad de conjuntar o proyectar en común políticas de diferentes ámbitos al servicio de un objetivo compartido como es la salud, que no corresponde estrictamente —en su concepción de servicio nacional— a ninguno de los sistemas en sí mismo considerados y sí a todos en su conjunto. La cuestión, como inmediatamente veremos, es que no existe simetría entre la regulación asistencial o sanitaria, estrictamente considerada, y la de salud pública siendo más que evidente que el periodo postconstitucional ha puesto más énfasis en la primera que en la segunda y, sobre todo, que no ha existido una visión general de los dos sectores y una concepción general de la salud como bien jurídico protegido por la sociedad.⁴

Desde esta perspectiva, el presente trabajo trata de demostrar cómo el concepto de salud —en su acepción amplia que, finalmente, hemos denominado salud pública— no ha tenido referentes ni actuaciones comunes salvo cuando incide en una parte central de la misma que es el prestacional o el reparador de la salud perdida o deteriorada. El modelo, en la transición democrática, se fraccionó en la medida que cada sistema de salud de cada Comunidad Autónoma lo ha ido desarrollando sin referencias comunes y, en gran medida, sin la presión del funcionamiento en red (para todo el territorio nacional) que tiene el sistema asistencial puro.⁵

Las políticas generales de salud, de salubridad, epidemiología, ordenación sanitaria y hábitos de salud, información sanitaria (entre otras) se han vuelto, por tanto, esencialmente, territoriales porque se consideró que esta era la forma de garantizar la autonomía de las nuevas Administraciones territoriales. Solo lo que está próximo al denominado Sistema Nacional de Salud —esencialmente en la concepción reparadora— ha sido objeto de alguna actividad de cooperación o de actuación conjunta, aunque no debemos olvidar que el órgano llamado a esto es uno de los órganos que ha tenido que ser convocado por resolución judicial ante la falta de iniciativa de acuerdo entre las diferentes Administraciones—⁶.

2 Véase Fernández Montalvo, R. (2000). *Las Relaciones interadministrativas de colaboración y cooperación*. Marcial Pons.

3 Véase Parejo Alfonso, L. (2007). Notas para una construcción dogmática de las relaciones interadministrativas, *Revista de Administración Pública*, (174), 161-191.

4 Véase Alabert Loplez, M., Arbussà Reixach, A., Sáez Zafra, M. (2016). Colaboraciones interadministrativas en la gestión de la salud pública en municipios menores de 10.000 habitantes. *Gaceta Sanitaria*, 30 (6), 480-482.

5 En relación con los elementos centrales para la configuración del derecho, vid. Ver Pemán Gavín, J. (2009) El derecho a la salud como derecho social: desarrollos recientes desde la perspectiva internacional y en el derecho comparado, *Revista de Administración Pública*, (179), 37-86.

6 Nos referimos, a modo de ejemplo, a la STS de 25 de septiembre de 2009. El fallo de la citada STS señalaba que «(...) No ha lugar al recurso de casación deducido por el Abogado del Estado, contra la sentencia estimatoria de fecha 28 de marzo de 2007, dictada por la Sala de lo Contencioso-Administrativo de la Audiencia Nacional, Sección 4ª, en el recurso núm. 196/05, interpuesto por la Generalidad Valenciana contra la inactividad de la Ministra de Sanidad y Consumo al no convocar una reunión del Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en la que se dispone el cese de dicha inactividad y que por la presidencia del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que ostenta la Ministra de Sanidad y Consumo, se proceda a la convocatoria del pleno de dicho Consejo, así como a incluir en el orden del día de dicha convocatoria los asuntos relacionados en el mencionado requerimiento y no

La apuesta decidida por los aspectos reparadores de la salud y la falta de referencias comunes y colectivas en los aspectos macro ligados a la conformación de un sistema de salud —al margen de a quién le corresponda la ejecución real de las medidas— fue percibido como una necesidad por el legislador y el fruto es la Ley de Salud Pública. No obstante, como veremos seguidamente, el efecto real y la implementación de la norma en cuestión ha sido francamente deficiente.

Una emergencia sanitaria como la que estamos viviendo es la que ha permitido que todos estos defectos de construcción salgan a la luz. De repente hemos descubierto cómo hasta los elementos menos invasivos en el plano competencial, como son los de carácter informativo, adolecían de grandes dificultades para su uniformidad y para servir a la adopción de decisiones comunes. La posibilidad de planificación, de trazar estrategias y de adoptar acciones comunes se ha visto seriamente limitada y constreñida sin que, desde luego, se proyecte una sensación de que si hace falta es posible la acción común en el marco de la salud.

Es realmente difícil saber cuáles son las causas de la complejidad que se viene comentando. Desde luego, la falta de políticas de información y de establecimiento de elementos comunes y de vertebración, también, la falta de cultura y de tradición e, incluso, la propia conformación de los instrumentos jurídicos de las relaciones administrativas.

Como se verá posteriormente, estos instrumentos a través de los que se materializan las relaciones entre Administraciones públicas están muy centrados en la conformación de planes, ideas y objetivos más o menos comunes, pero no inciden en los aspectos ejecutivos de los mismos. De alguna forma, parece como si pensar en la ejecución es directamente atacar al principio de autonomía y, por tanto, zona de repliegue inmediato.

Frente a esto, la experiencia europea, incluso en los países más federales, ha demostrado que existen o que se han dotado de instrumentos de acción conjunta y uniforme con los que hacer frente (sin complejos) a crisis o emergencias como las que se están planteando.

Si algo ha demostrado la pandemia al conjunto de las Administraciones Públicas y al marco de relaciones interadministrativas es que las mismas no estaban pensadas para la acción directa. Con una visión sociológica, podríamos decir que se habían convertido en un marco relacional protocolario, simbólico y poco efectivo, desde una perspectiva operativa del que no podemos negar ni su importancia ni su relevancia, pero es cierto que se situaban fuera de la operatividad inmediata más allá de la buena fe o la lealtad institucional de las partes⁷.

Una situación como la que hemos vivido ha demandado, sobre todo, operatividad y ahí la situación ha sido compleja y el marco de relaciones colaborativas ha resultado seriamente afectado y, sobre todo, ha producido una enorme confusión en la población. Realmente, no hemos acabado de saber quién era el competente para cada cuestión y qué se reservaba y con qué efectos a la acción común. De alguna forma, la sensación final es que la acción común está mal modulada, no es perceptible y realmente no se sabe muy bien cuál es el mecanismo jurídico para su implementación.

2. LOS ORÍGENES DE LA ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

Antes de realizar un análisis más de detalle sobre la situación anterior, parece necesario fundar las

tratados en los plenos celebrados con posterioridad al mismo, sentencia que se declara firme con expresa imposición de costas en los términos reflejados en el último fundamento (...).».

7 Véase Jiménez-Blanco Carillo de Albornoz, A. (2015) Organización administrativa y relaciones interadministrativas, *Documentación Administrativa*, (2); y Martínez, J. (2006) Cooperación y subsidiariedad intermunicipal, *Revista de Estudios de la Administración Local y Autonómica*, (302), 61-76.

afirmaciones que se han hecho en el apartado introductorio para poder demostrar los fundamentos de cuanto se ha indicado.⁸

Es cierto que, en esta visión histórica resulta clave la Instrucción General de Sanidad de 12 de enero de 1904 que, Muñoz Machado resume en las ideas clave de la especialización de los órganos sanitarios, la separación entre las ramas interior y exterior de la sanidad, la consolidación de la figura de los sanitarios titulares como pieza esencial del sistema sanitario, la estatalización de los reglamentos sanitarios, y la expansión del sistema sanitario⁹.

2.1. La Ley de coordinación sanitaria de 1934

La Ley de 11 de junio de 1934, creó un órgano administrativo en cada provincia que se denominaba Mancomunidad de Municipios de la provincia con el fin de organizar eficazmente los servicios sanitarios y benéfico-sanitarios. La Ley fue impulsada por el ministro D. José Estadella Arnó y aparece firmada por Niceto Alcalá-Zamora y Torres.

Dicho órgano actuaba en su condición delegada del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión y asumía la alta dirección técnica y administrativa de los servicios sanitarios. Como curiosidad puede decirse que la Presidencia de la mancomunidad correspondía al Delegado de Hacienda de la provincia.

Debe tenerse en cuenta que, de conformidad con la Base 3ª de la Ley, los servicios sanitarios o benéfico-sanitarios tenían carácter municipal, provincial o interprovincial, aunque añadía que “pero siempre en concepto de servicios complementarios de la acción sanitaria del Estado”.¹⁰

Desde una perspectiva operativa, la Base 4ª establecía que a la Mancomunidad le correspondía, previo informe de los Inspectores Municipales de Sanidad, en el plazo de dos meses, emitir dictamen sobre los problemas sanitarios de su provincia, en relación, sobre todo, a la mortalidad, morbilidad y medidas que estime más adecuadas para resolverlo.

La función del Ministerio estaba centrada, previos los asesoramientos que se consideran necesarios, a la realización de campañas conducentes para la reducción de la mortalidad, la morbilidad en el campo y en poblaciones del medio rural.

En todo caso, resulta significativo que la Base 7ª regulara los fondos de la Junta entre los que incluía las consignaciones presupuestarias, las cantidades correspondientes al tanto por ciento señalado a cada Municipio para el sostenimiento de los Institutos Provinciales de Higiene; la cuota de sostenimiento de enfermos tuberculosos, leprosos y mentales acogidos en las Diputaciones provinciales; las consignaciones o dotaciones correspondiente a nuevos servicios; las cantidades de importe de los auxilios convenidos por dichos centros oficiales; las cantidades de importe de los auxilios convenidos por los Centros Oficiales para la instalación de centros de Higiene rural y de puericultura; y el 25% del papel de pagos al Estado que se liquida por los Inspectores provinciales de sanidad.

Al margen de estas referencias orgánicas, la Base 19 establecía que “El Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión se dictarán los Reglamentos de constitución y régimen de los cuerpos de farmacéuticos y médicos titulares o de asistencia pública Nacional”.

8 Véase Muñoz Machado, S. (1995). *La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos*, Alianza Editorial. Se analiza el periodo previo bajo lo que denomina “la época de continuidad con el antiguo régimen”, pp. 15-29.

9 Véase Muñoz Machado, S. (1995). *La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos*, Alianza Editorial. cit., pp. 49-80.

10 Véase Pemán Gavín, J. (1996) *Sanidad Local, Anuario del Gobierno Local*, N° 1, pp. 525-538.

Es cierto que se conformaba una red territorial en un momento; sin embargo, claro está, que no existía el seguro de enfermedad ni la generalización de la asistencia sanitaria más allá de la creación unos años antes del Instituto Nacional de Previsión (INP en adelante).

Desde la perspectiva de lo que aquí analizamos —la coordinación—, la idea es clara: la opción de coordinación es esencialmente orgánica sobre la base de creación de órganos *ad hoc* y de la configuración de las competencias de estos órganos como delegadas del propio Ministerio competente.

2.2. Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944

La Ley de Bases de la Sanidad Nacional es, sin duda, una de las normas de mayor calado e importancia histórica en materia sanitaria y se mantuvo en vigor hasta la publicación de la Ley General de Sanidad de 1986. Examinemos algunos de sus postulados esenciales.

A) Consideraciones generales de la Ley

El 25 de noviembre de 1944 se aprueba la Ley de Bases de la Sanidad Nacional. Según la Base Primera, los “servicios sanitarios del Estado dependerán del Ministerio de la Gobernación a través de la Dirección General de Sanidad”. Desde esta misma perspectiva orgánica, la Base Segunda, creaba el Consejo Nacional de Sanidad, al que se atribuía función de asesoramiento al ministro, de informe de proyectos y disposiciones, de formulación de planes y algunas referidas a los aspectos asistenciales y farmacéuticos.

La Base Tercera establecía la regulación de algunas denominadas Instituciones sanitarias centrales, entre las que se encuentra la Escuela Nacional de Sanidad y el Instituto de Hematología, y los hospitales de enfermedades infecciosas.

A partir de este esquema orgánico, se establecían determinaciones específicas en relación con la lucha contra las enfermedades infecciosas, la sanidad en puertos, fronteras y transportes.

La Base Sexta contenía una regulación de las estadísticas sanitarias. Las siguientes bases se referían a las medidas administrativas en la lucha contra la tuberculosis, el reumatismo y las cardiopatías, el paludismo, las enfermedades sexuales, la lepra y la dermatitis, el cáncer y la prevención en el ámbito de sanidad maternal e infancia.

Debemos recordar que este sistema público, fraccionado, con competencias en el área de salud pública y de carácter asistencial, funcionaba o se constituía al margen del sistema de aseguramiento social de la enfermedad que funcionaba desde el INP —como veremos— y que iba creciendo, únicamente, en la parte asistencial.

B) Prestación del servicio

La Base 14 de la Ley de (1944) establecía que los servicios sanitarios provinciales estarán a cargo de las organizaciones sostenidas por la dirección General de Sanidad, las Diputaciones Provinciales y las Mancomunidades Sanitarias. Específicamente, se añadía, que:

Gobernadores civiles, como representantes del Gobierno en cada provincia, tendrán entre las facultades inherentes a su cargo, la de velar por el exacto cumplimiento de las disposiciones sanitarias que estimen convenientes para preservar la salud pública de epidemias, enfermedades contagiosas, focos de infección y otros riesgos análogos, dando cuenta inmediata al ministro de la Gobernación.

Adicionalmente, se añade que en cada provincia existirá un Jefe de Sanidad, del Cuerpo de la Sanidad Nacional, asistido por el número de médicos que se considere necesarios para la buena marcha del servicio y de la administración sanitaria provincial, a cargo de funcionarios del Ministerio de la Gobernación o del administrativo sanitario. Estos jefes de sanidad, a los que específicamente se les requería que vivieran en el lugar del servicio, actuaban como delegados de la Dirección General de Sanidad y vigilaban el cumplimiento de las disposiciones sanitarias.

En cada provincia existiría un Consejo Provincial de Sanidad que tendrá la misión de asesorar a las Autoridades en lo referente a los problemas sanitarios de la provincia y que estaba presidido por el Gobernador Civil.

En el plano prestacional, la Base 20^o indicaba que los órganos para la función técnico-sanitaria en las provincias son los Institutos de Sanidad que estaban bajo la dirección del Jefe provincial de Sanidad.

Finalmente, el modelo, en línea con la Ley de 1934, regulaba las mancomunidades sanitarias que tenían como finalidad principal el pago a los funcionarios sanitarios que no percibían sus haberes del presupuesto general y la regulación, en sintonía con aquella, los ingresos de los que disponían las Mancomunidades se regían por una Junta Administrativa presidida por el Delegado de Hacienda.

Para completar la visión sobre el modelo, cabe recordar que la Base 24 regulaba la sanidad municipal a las que se atribuía la competencia para ejecutar las disposiciones de carácter sanitario y a los que se intimaba a la constitución de un Consejo Municipal de Sanidad con funciones de información.

Es relevante recordar que la Ley atribuye a los Ayuntamientos la obligación de proporcionar agua potable, de formación del padrón de viviendas, de policía sanitaria, profilaxis de determinadas enfermedades, de evacuación de aguas negras y residuales, la inspección alimenticia, vacunaciones preventivas, y del sostenimiento de los Centros sanitarios locales.

Con vocación de síntesis podríamos indicar que el modelo —admitiendo la función paralela de protección individual del INP— se centraba en los aspectos de salud colectiva y de salud pública, y que las competencias orgánicas que se detallan en este apartado tenían una proyección más social que individual desde la perspectiva de la protección de la salud.

2.3. El Instituto Nacional de Previsión

Una característica histórica del modelo sanitario, como venimos indicando, es que han convivido, no necesariamente armonizados, el sistema de salud pública —muy desarrollado en las normas precedentes a las que nos acabamos de referir— y las de carácter prestacional o de reparación de la salud. Este camino dual ha hecho que la vertebración final en el Sistema de Salud tenga un claro componente reparador y que las competencias en materia de salud —fuera de las reparadoras— hayan quedado en manos de las Comunidades Autónomas con una evidente pérdida de la referencia global que exige una materia como la prevención de la salud.

El sistema asistencial encuentra en el Instituto Nacional de Previsión (INP en adelante) el instrumento histórico más referencial que se crea en 1908 y se mantiene en vigor hasta la creación del INSALUD en 1978.

Por Ley de 27 de febrero de 1908 se crea el Seguro Voluntario de enfermedad y se atribuye al INP la competencia para su realización. Por sucesivos decretos se van creando los distintos seguros sociales: accidentes de trabajo (1900), maternidad (1929), de enfermedad (1942), enfermedades profesionales (1947), desempleo (1961), entre otros varios. El INP tiene entre sus principales funciones

la de gestión de los diferentes regímenes de la Seguridad Social, control y administración sanitaria, mutualidades, etc.

Más allá de que la gestión encontrara en la figura del seguro su elemento referencial, es claro que el INP se convierte en la referencia más reconocible de la prestación sanitaria para las contingencias más comunes que afectan a la salud.

El INP se extinguió por Real Decreto ley de 16 de noviembre de 1978, dejando de depender del Ministerio de Trabajo, y pasando al Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Es la creación del INSALUD, y la dependencia del Ministerio de Sanidad y Consumo lo que resulta relevante a estos efectos.

Este germen es el que acaba por mostrar una de las columnas esenciales del sistema que se nuclea sobre la base del establecimiento de una organización que aglutina el conjunto de seguros sociales que tratan de reparar o solventar la salud. Esta estructura no tuvo el efecto material de vincularse a los aspectos de salud pública a los que nos hemos referido en los apartados anteriores, sino de crecer en paralelo. Este crecimiento se presenta, incluso, al margen de la estructura del Estado con una organización paraestatal como era el INP que constituye el embrión de una estructura específica y paralela que es la que conforma la seguridad social y que se caracteriza, en realidad, por ser una organización institucional diferenciada y con un régimen propio diferente al régimen común que estaba representado en aquel momento por la Ley de Entidades Estatales Autónomas¹¹.

2.4. Algunas consideraciones sobre el modelo de coordinación con carácter previo a la estructura orgánica para esta función

Las disposiciones a las que de una forma muy sucinta nos hemos referido en los apartados anteriores nos permiten señalar que, realmente, en la historia de la conformación del modelo han existido dos caminos: el de responsabilidad estatal —sanidad pública— y el del aseguramiento de riesgos específicos. Este último se corresponde con la concepción reparadora de la salud a la que nos venimos refiriendo.

Estos modelos han aparecido a lo largo de la historia como vasos comunicantes, especialmente, en el trasvase de riesgos de la salud pública al aseguramiento específico.

La estructura de la organización sanitaria se nucleó, primero, en el INP, en las Mutualidades de Previsión y, finalmente, hasta las transferencias a las Comunidades Autónomas, en el INSALUD. El modelo sanitario, en sus aspectos prestacionales, es el que ha configurado los modelos de salud de las Comunidades Autónomas y el que, en la actualidad, conforma el denominado Sistema nacional de Salud, creado específicamente, en la Ley General de Sanidad de 1986 que vamos a analizar en el siguiente apartado.

Al lado de esto, lo que es tan sencillo de seguir es la política pública de sanidad pública no prestacional. La característica es que, de alguna forma, se ha visto diluida en la organización administrativa y, en gran medida, debilitada porque su esencia se encontraba en el principio de jerarquía organizativa, y en la capacidad de establecer criterios y hacerlos cumplir desde la Administración Central o desde

¹¹ Nos referimos a la Ley de 26 de diciembre de 1958 sobre régimen jurídico de las Entidades Estatales autónomas. Específicamente, el artículo 5 de la misma determinaba que no se aplica a las entidades oficiales de seguros sociales obligatorios y complementarios de la previsión social, sin perjuicio de la obligación de dar a conocer al Ministerio de Hacienda, cuando este lo considere oportuno, la cifra de sus ingresos, gastos e inversiones y de rendir anualmente al gobierno una memoria de su actuación. Ver Instituto de Reformas Sociales. (1906) *Instituto Nacional de Previsión y sus relaciones con las entidades similares: Proyecto de ley presentado al Gobierno en cumplimiento de la Real Orden de 27 de agosto de 1904. Información legislativa y bibliográfica y explicación técnica*.

la periférica en la que la figura del Gobernador Civil tenía un alcance y una dimensión de auténtico delegado del Estado en la provincia.

En la medida que todo este esquema se ha ido desmontando con la creación del sistema organizativo constitucional, la capacidad jerárquica debería haber dado paso a otros instrumentos que fueran válidos para la fijación de criterios únicos. Desde una visión general, el modelo en este ámbito de la salud pública sufre de forma evidente la fragmentación y no fue objeto de medidas horizontales de acuerdo o de coordinación desde instancias estatales.

A esta cuestión nos hemos referido ya en otra ocasión de una forma más detallada¹² en las que se demuestra que la tendencia se ha centrado en la vía sanitaria-prestacional y que los factores de sanidad pública desvinculados de los aspectos prestacionales y ligados a las políticas de prevención, conocimiento de necesidades y subvención de las mismas ha tenido una clara tendencia de debilitación que intenta superar la publicación, primero, de la Ley 33/2011, de 4 de octubre General de Salud Pública (en adelante LGSP) y, posteriormente, la llamada a la creación de un órgano específico para la regulación y la formulación de políticas públicas en el ámbito general de la salud y al margen, por tanto, de las determinaciones específicas del Sistema nacional de Salud en su aspecto prestacional.

Pero no es el momento de anticipar las conclusiones con carácter definitivo, sino de seguir analizando la formulación de las sucesivas normas y, entre ellas, claro está, la de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS en adelante), que es, sin duda, la clave del sistema sanitario.

No obstante, lo anterior y para que el conjunto de lo que se va a analizar tenga una coherencia jurídica mínima cabe recordar que la propia CE reconoce el derecho a la salud. Como hemos expuesto, la base de cualquier regulación de nuestro ordenamiento jurídico debe partir de las determinaciones y principios que se prevé en la Constitución española (en adelante, "CE"). En particular, dicho precepto dispone que:

- 1) Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
- 2) Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.
- 3) Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio. (1978, art. 43)

En este sentido, la avanzada doctrina jurídica¹³ en la materia viene admitiendo la existencia de tres dimensiones en el art. 43 CE: i) el derecho a la salud; ii) el derecho a la protección de la salud, en sentido estricto; y iii) el derecho a la asistencia sanitaria.

La primera vertiente se encuadra en un derecho subjetivo y tiene por objetivo garantizar un ámbito de libertad y autonomía en relación con la salud de cada individuo. En segundo lugar, el derecho a la protección de la salud se configura como un derecho a acciones positivas del Estado o un derecho a prestaciones en sentido amplio. En este ámbito, se incluirían las acciones protectoras de seguridad y salud laboral, consumidores y usuarios o medidas frente al tabaquismo. La tercera vertiente parte de la lectura conjunta de los párrafos 1 y 2 del art. 43 CE. Supone la constitucionalización de un derecho

12 Véase Palomar Olmeda, A. y Vázquez Garranzo, J. (2021) *La protección de la salud: la necesidad de recomposición del sistema (Lecciones aprendidas durante la pandemia y propósito de enmienda)*, Thomson Reuters Aranzadi.

13 Véase a título de ejemplo, Hontangas Carrascosa, J. (2016) El derecho a la salud en el deporte, *Revista Española de Educación Física y Deportes*, (415), 91-95.

a la asistencia sanitaria en el marco de una institución pública denominada Sistema Nacional de Salud, esto es, el derecho a un conjunto de servicios y cuidados médico-sanitarios, fundamentados en la constitucionalización del Estado social y del mandato contenido en el art. 9.2 CE, pues mediante la asistencia sanitaria pública se garantiza que el individuo pueda desarrollarse libre y dignamente dentro de una comunidad social.

Cada una de estas tres posiciones fundamentales que conforman el genéricamente denominado derecho a la protección de la salud, tendrían un estatuto jurídico diferente. La posición más fuerte estaría constituida por el derecho a la salud, en conexión directa con el derecho a la integridad psicofísica del individuo (art. 15 CE), en el que la intervención del legislador se ve limitada por un contenido esencial, que vendría a coincidir con la intangibilidad de la integridad personal. En los casos del derecho a la protección de la salud y del derecho a la asistencia sanitaria, predomina la vertiente objetiva sobre la subjetiva, siendo necesaria la intervención del legislador para que éste conforme su contenido.

Pero esta vertiente objetiva en la que nos centramos es en palabras del Tribunal Constitucional (TC en adelante) un haz de principios que no está vacío de contenido, sino como un principio rector constitucional dirigido a orientar y determinar la actuación de los poderes públicos. Es el carácter vinculante o informador que tiene el derecho fundamental en su carácter colectivo de la salud, el que inspira su protección singular para determinados grupos de ciudadanos más vulnerables y que exigen una tutela reforzada, como el caso de la protección integral a los hijos y las madres que se consagra en el artículo 39 de la Constitución, incluyendo la atención sanitaria, mediante la previsión del bienestar y la atención de los problemas específicos de salud de los ciudadanos de la tercera edad, en el artículo 50 o a través de la defensa de la seguridad y salud de los consumidores y usuarios garantizada por los poderes públicos en el artículo 51.1.

Por lo tanto, la protección de la salud comprendería el conjunto de acciones de naturaleza protectora, preventiva y de fomento que actuarían como una garantía constitucional de la salud pública¹⁴.

A partir de este esquema podemos incidir en el desarrollo legal partiendo eso sí de que el artículo 149.1.13 de la CE configura como competencia estatal la determinación de las Bases de sanidad lo que habilita la creación de sistemas sanitarios para la gestión de la sanidad en el ámbito autonómico.

2.5. La Ley General de Sanidad de 1986

La Ley General de Sanidad (en adelante LGS) contiene diversos elementos que trataban, en aquel momento, de situarse en el marco de una actuación sanitaria global. Basta para ello analizar el mandato que el artículo 6º realizaba a las Administraciones Públicas Sanitarias y según el cual el conjunto de las actuaciones está orientado a:

- 1) A la promoción de la salud.
- 2) A promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población.
- 3) A garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén
- 4) dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de estas.
- 5) A garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud.

14 Véase Cierco Seira, C. (2006) *Administración Pública y salud colectiva. El marco jurídico de la protección frente a las epidemias y otros riesgos sanitarios*, Editorial Comares.

- 6) A promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente (...). (1986)

Posteriormente, el propio artículo establecía que «(...) 2. En la ejecución de lo previsto en el apartado anterior, las Administraciones públicas sanitarias asegurarán la integración del principio de igualdad entre mujeres y hombres, garantizando su igual derecho a la salud (...)» (1986, art. 6).

Se trata, por tanto, de un mandato más general que el propiamente asistencial o reparador que va vinculado a la definición del sistema sanitario público al que se le atribuye, en el artículo 45 de la LGS, la siguiente determinación «(...) El Sistema Nacional de Salud integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con lo previsto en la presente Ley, son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud (...)».

Desde una perspectiva funcional, el artículo 44 señala que «(...) El Sistema Nacional de Salud es el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas en los términos establecidos en la presente Ley (...)».¹⁵

A partir de este esquema conceptual, el artículo 49 de la LGS establece el mandato de que las Comunidades Autónomas organicen sus Servicios de Salud de acuerdo con los principios a los que se refiere la LGS.

En este momento, solo con lo que se acaba de indicar, ya surge una cuestión central: la vertebración sistémica real del conjunto de Servicios de Salud que fueran estableciendo las Comunidades Autónomas en ejecución del mandato al que nos hemos referido. La vertebración real no resultó sencilla porque los sistemas autonómicos de salud son fruto de la transferencia inicial de servicios, pero, sobre todo, de la decisión política posterior que acaba determinando concepciones diferentes y sensibilidades que también lo son, pero respetando siempre las obligaciones del Sistema Nacional de Salud (SNS en adelante) y el cumplimiento de la cartera de servicios y demás obligaciones. Es en este esquema donde surgen problemas de mayor o menor calidad, de extensión prestacional, de mayor o menor inversión, de mayor o menor atracción y retención de talento y donde, por tanto, el verdadero reto es la concepción sistémica.

Desde la propia creación del SNS la idea de la coordinación late en la propia conformación del modelo legal. Es suficiente con recordar lo que señalaba el preámbulo de la norma al indicar que:

(...) puede decirse sin hipérbole que la necesidad de proceder a una reforma del sistema que supere el estado de cosas descrito se ha visto clara por todos cuantos han tenido responsabilidades en el ramo de la Sanidad, desde el día siguiente a la aprobación de la Ley de Bases de 1944. Probaría este aserto una indagación sumaria de los archivos de la

15 Desde una perspectiva funcional, el artículo 46 señala que «(...) Son características fundamentales del Sistema Nacional de Salud:

- a) La extensión de sus servicios a toda la población.
- b) La organización adecuada para prestar una atención integral a la salud, comprensiva tanto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como de la curación y rehabilitación.
- c) La coordinación y, en su caso, la integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único.
- d) La financiación de las obligaciones derivadas de esta Ley se realizará mediante recursos de las Administraciones Públicas, cotizaciones y tasas por la prestación de determinados servicios.
- e) La prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados».

Administración; donde pueden encontrarse sucesivos intentos de reforma que, sin embargo, no han visto otra luz que la de los despachos de los Ministerios.

Ante la imposibilidad o la falta de convicción en la necesidad de organizar un sistema sanitario que integrase tantas estructuras dispersas, se ha asentado la idea de que, manteniendo separadas las diversas estructuras sanitarias públicas, la coordinación podría ser la respuesta a las necesidades de racionalización del sistema. El ensayo es ya viejo. Se intenta implantar primero en el ámbito de las Administraciones locales con la Ley de Coordinación Sanitaria de 11 de junio de 1934. Luego, con carácter más general y también en el ámbito de los servicios centrales, con la Ley de Hospitales de 21 de julio de 1962, y mediante la creación de un extensísimo número de Comisiones Interministeriales, que fluyen como un verdadero aluvión, planteando al final el problema de coordinar a los órganos coordinadores (...). (1986)

Es difícil encontrar en un preámbulo de una norma legal un diagnóstico más certero y, sobre todo, más claro. El modelo al que nos hemos referido en los apartados anteriores es un modelo plurimórfico y heterogéneo que es la clave del diagnóstico que acabamos de transcribir.

Es cierto, sin embargo, que esta norma de 1986 se produce ya en pleno estado constitucional y, por ello, con las transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas hechas total o parcialmente y, por tanto, con la creación de modelos sanitarios autóctonos en el conjunto de las materias sanitarias. Esto obligaba a “reconvertir el modelo de gestión” porque la presencia real de la Administración General del Estado en el ámbito de la prestación directa de la actividad sanitaria es, precisamente, el que es objeto de transferencia.

Con carácter previo podemos decir que la transformación a la que nos referimos en el apartado anterior propicia un cambio notable que se traduce en la pérdida de la referencia jerárquica como elemento de vertebración del sistema. El paradigma de sustitución es la planificación conjunta que, como se verá, seguidamente, es uno de los fracasos más evidentes de la ordenación conjunta de las relaciones en esta materia.

El esquema de planificación puede nuclearse de la siguiente forma:

A) Los planes de salud

Como señalábamos, la LGS se refiere, específicamente, a los planes de salud como la fórmula de conjugar los diferentes intereses de los sistemas sanitarios.

a. Los de coordinación del Estado

La figura inicial de los planes de salud contenida, en el artículo 70 LGS, podemos vertebrarla desde dos referencias diferenciales en punto al contenido y a la propia naturaleza jurídica. De un lado, se conciben los planes de salud como el instrumento de las inversiones y acciones sanitarias a desarrollar anual o plurianualmente. De otro, se conciben como un instrumento de la coordinación sanitaria que, en expresión del artículo 70, incluye las siguientes materias:

(...) a) El establecimiento con carácter general de índices o criterios mínimos básicos y comunes para evaluar las necesidades de personal, centros o servicios sanitarios, el inventario definitivo de recursos institucionales y de personal y los mapas sanitarios nacionales.

b) La determinación de fines u objetivos mínimos comunes en materia de prevención, protección, promoción y asistencia sanitaria.

c) El marco de actuaciones y prioridades para alcanzar un sistema sanitario coherente, armónico y solidario.

d) El establecimiento con carácter general de criterios mínimos básicos y comunes de evaluación de la eficacia y rendimiento de los programas, centros o servicios sanitarios (...). (1986)

Sin embargo, la idea inicial que vincula los planes con la coordinación no es del todo exacta en la formulación de la LGS ya que cuando el artículo 70 regula que la formulación de la coordinación no la vincula directamente a los Planes, sino que la sitúa en el marco de la decisión del Gobierno. Los planes son el presupuesto para la adopción de decisiones acertadas, pero la responsabilidad de la coordinación es del Gobierno que debe tener en cuenta lo que señalan los planes. Sin embargo, no está vinculado ni por sus determinaciones ni, sobre todo, por los medios para conseguirlas.

En este sentido, el apartado 3 del artículo 70 señala que: «(...) El Gobierno elaborará los criterios generales de coordinación sanitaria de acuerdo con las previsiones que le sean suministradas por las Comunidades Autónomas y el asesoramiento y colaboración de los sindicatos y organizaciones empresariales (...)».

De una forma más explícita aún, el apartado 4 del artículo 70 señala que:

(...) Los criterios generales de coordinación aprobados por el Estado se remitirán a las Comunidades Autónomas para que sean tenidos en cuenta por éstas en la formulación de sus planes de salud y de sus presupuestos anuales. El Estado comunicará asimismo a las Comunidades Autónomas los avances y previsiones de su nuevo presupuesto que puedan utilizarse para la financiación de los planes de salud de aquéllas (...). (1986)

Este precepto es el que nos sitúa ante un elemento central: la coordinación se decide por la AGE, en función de la información suministrada por las Comunidades Autónomas y, posteriormente, se remite a estas para su inclusión en los planes de salud. Esta fórmula es la que justifica la cuestión que planteábamos al principio, esto es, la inclusión en un mismo precepto del concepto de plan de salud y la actividad de coordinación de la AGE.

No es sencillo encontrar ejemplos del ejercicio de esta función, pero, en todo caso, cabe indicar que algunos instrumentos centrales para su operatividad como la información no fueron objeto de una determinación específica ni de una ejecución realmente ordenada que permitiera el cumplimiento en los términos que se han expuesto.

b. Los de carácter conjunto

Están previstos en el artículo 71 de la LGS que admite que «(...) 1. El Estado y las Comunidades Autónomas podrán establecer planes de salud conjuntos. Cuando estos planes conjuntos impliquen a todas las Comunidades Autónomas, se formularán en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (...)».

Esto nos permite, a su vez, diferenciar entre planes conjunto de carácter bilateral o plurilateral y planes conjuntos para todas las Comunidades Autónomas. En este último caso se "formulan" en el Consejo Interterritorial de Salud.

En punto a su tramitación, el apartado 2 del artículo señalaba que:

(...) 2. Los planes conjuntos, una vez formulados, se tramitarán por el Departamento de Sanidad de la Administración del Estado y por el órgano competente de las Comunidades Autónomas, a los efectos de obtener su aprobación por los órganos legislativos correspondientes, de

acuerdo con lo establecido en el artículo 18 de la Ley orgánica para la Financiación de las Comunidades Autónomas (...).

c. Planes autonómicos con financiación de la Administración General del Estado

Están previstos en el artículo 72 de la LGS cuando señala que: «(...) Las Comunidades Autónomas podrán establecer planes en materia de su competencia en los que se proponga una contribución financiera del Estado para su ejecución, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 158.1 de la Constitución (...)» (1986).

B) Delimitación específica del concepto de coordinación

Más allá de su vinculación instrumental, en los términos que se acaban de indicar, el artículo 73 de la LGS trata de regular, de forma más clara, el concepto de coordinación que, en el plano teórico, era uno de los elementos nucleares del sistema de nueva creación que supone la LGS.

Específicamente, el precepto citado, señala que:

1. La coordinación general sanitaria se ejercerá por el Estado, fijando medios y sistemas de relación para facilitar la información recíproca, la homogeneidad técnica en determinados aspectos y la acción conjunta de las Administraciones Públicas sanitarias en el ejercicio de sus respectivas competencias, de tal modo que se logre la integración de actos parciales en la globalidad del Sistema Nacional de Salud (...).

Esto nos permite indicar que el objetivo de la coordinación, según el precepto transcrito, es: fijación de medios y sistema de relación para facilitar la información, homogeneidad técnica de determinados aspectos y acción conjunta de las Administraciones públicas sanitarias en el ejercicio de sus respectivas competencias. Más allá, por tanto, de la referencia directa de los aspectos informativos la coordinación de la LGS era genérica. Se intuía su necesidad, pero no se concretaban sus medios y sus formas.

En todo caso, es conveniente indicar que el titular de la competencia de coordinación era — directamente— el Gobierno o, en su conjunto, la Administración General del Estado.

C) El producto real de la coordinación: el Plan integrado de salud

Está previsto en el artículo 74 de la LGS que:

(...) 1. El Plan Integrado de Salud, que deberá tener en cuenta los criterios de coordinación general sanitaria elaborados por el Gobierno de acuerdo con lo previsto en el artículo 70, recogerá en un documento único los planes estatales, los planes de las Comunidades Autónomas y los planes conjuntos. Asimismo, relacionará las asignaciones a realizar por las diferentes Administraciones Públicas y las fuentes de su financiación.

2. El Plan Integrado de Salud tendrá el plazo de vigencia que en el mismo se determine (...).

En punto a su confección se establecía:

- Las Comunidades Autónomas remitirán los proyectos de planes aprobados por los Organismos competentes de las mismas.
- Una vez comprobada la adecuación de los Planes de Salud de las Comunidades Autónomas a los criterios generales de coordinación, el Departamento de Sanidad de la Administración del Estado confeccionará el Plan Integrado de Salud, que contendrá las especificaciones establecidas en el artículo 74 de la presente Ley.

Y, en lo referente a su aprobación, es el artículo 76 de la LGS el que señalaba que:

(...)1. El Plan Integrado de Salud se entenderá definitivamente formulado una vez que tenga conocimiento del mismo el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que podrá hacer las observaciones y recomendaciones que estime pertinentes. Corresponderá al Gobierno la aprobación definitiva de dicho Plan.

2. La incorporación de los diferentes planes de salud estatales y autonómicos al Plan Integrado de Salud implica la obligación correlativa de incluir en los presupuestos de los años sucesivos las previsiones necesarias para su financiación, sin perjuicio de las adaptaciones que requiera la coyuntura presupuestaria (...)¹⁶. (1986)

Desde una perspectiva reglamentaria se adopta el RD 938/1989, de 21 de julio, que establece el procedimiento para la aprobación de los Planes Integrales.

En relación con la funcionalidad real de este esquema de planificación, señalaron Sala Arquer y Villar Rojas que:

(...) Los criterios de coordinación general no han sido aprobados por el Estado. Es cierto que, en sesiones celebradas el 5 de julio de 1988 y el 19 de julio de 1989, el Pleno del Consejo Interterritorial de Salud aprobó, como un documento de mínimos, genérico en su contenido, y abierto a las aportaciones de cualquier Comunidad Autónoma, los "criterios generales de coordinación sanitaria". Pero no lo es menos que, a la luz de la jurisprudencia constitucional que equipara la coordinación con las bases en cuanto a su formalización, la existencia y exigibilidad de esos criterios precisaría su aprobación por órgano competente y su ulterior publicación en diario oficial; algo que sigue sin producirse. Tan es así que sólo en la exposición de motivos del Plan de Salud de Castilla León se mencionan esos acuerdos y esos criterios. En cuanto a la planificación integrada, en julio de 1991 fue discutido en el Consejo Interterritorial un documento denominado "Plan Integrado de Salud", pero no llegó a más. No existe ese Plan Integrado ni, por tanto, tampoco se han cumplido las previsiones legales sobre el mismo. La dificultad de aprobar un documento de problemas que enfrenta su aprobación son comunes (...).¹⁷ (2002, p. 89)

Y como consecuencia de lo anterior, concluyen, acertadamente, que:

A modo de balance, los datos expuestos permiten sostener que el Estado o bien ha renunciado, o bien no ha podido ejercer, las competencias que le corresponden en materia de coordinación sanitaria general; al menos según las previsiones recogidas en la Ley General de Sanidad. Con todo, es innegable que por la vía de acordar criterios, índices y reglas comunes en el Consejo Interterritorial de Salud —los cuales, como se expuso, hacen suyas las Comunidades

16 Esta regulación se completaba con la prevista en punto a su modificación en el artículo 77 de la LGS cuando señalaba que:

(...) 1. El Estado y las Comunidades Autónomas podrán hacer los ajustes y adaptaciones que vengan exigidos por la valoración de circunstancias o por las disfunciones observadas en la ejecución de sus respectivos planes.

2. Las modificaciones referidas serán notificadas al Departamento de Sanidad de la Administración del Estado para su remisión al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

3. Anualmente, las Comunidades Autónomas informarán al Departamento de Sanidad de la Administración del Estado del grado de ejecución de sus respectivos planes. Dicho Departamento remitirá la citada información, junto con la referente al grado de ejecución de los planes estatales, al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (...).

17 Véase Sala Arquer, J. y Villar Rojas, F. (2002). Análisis de la cooperación en un sector determinado. La sanidad pública, *Derecho y Salud*, 10 (1), 79-94.

Autónomas— sí que, materialmente, se ha actuado la competencia de coordinación¹⁸. (Sala Arquer y Villar Rojas, 2002, p. 89)

2.6. Aproximación al modelo en sus conclusiones más relevantes

La configuración sistémica del SNS era un reto. Dicho esto, que a estas alturas parece una obviedad, podemos señalar que el SNS ha funcionado razonablemente en una situación de crisis o de emergencia como la que estamos viviendo, pero ha dejado profundas huellas sobre la existencia de mínimos elementos de vertebración común y sobre la capacidad —no solo asistencial— de hacer frente a nuevas situaciones de emergencia. Esto ha puesto de manifiesto, esencialmente, la falta de capacidad ejecutiva.

Podemos intentar extraer algunas conclusiones de la regulación planteada:

- 1) El modelo propuesto tiene una referencia bifásica. El papel del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS en adelante) era de validación y constatación, pero no de aprobación en lo que se refiere a la salud pública y de coordinación y planificación en el ámbito del SNS. Esta presentación en dos sectores o ámbitos diferenciados ha resultado una de las características más perceptible del desarrollo del sistema.
- 2) La figura central era la de los planes conjuntos de salud que buscaban la fijación de objetivos comunes entre la AGE y las Comunidades Autónomas. La experiencia demuestra que la coordinación ligada a la planificación no ha tenido el empuje ni la determinación suficiente para identificar al modelo. Es cierto que no ha faltado quien ha indicado que el problema no era de coordinación que —como tal— existió, sino de instrumentos jurídicos y, finalmente, que la planificación¹⁹ no llegó a tener la entidad que la norma preveía.
- 3) El Estado nunca aprobó los criterios de coordinación, lo que trajo como consecuencia que todo el esquema en cascada de la planificación al que nos hemos referido no tuviera un contenido real.

Estas consideraciones que acaban de hacerse nos sitúan en un plano en el que se perciben: de un lado, la necesidad de buscar elementos de homogeneización; y, de otro, la de la insuficiencia de los instrumentos de planificación para resolver esta cuestión. Probablemente es esto lo que justifica la reforma de la LCo que pasamos a analizar.

2.7. La Ley de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud

En el estado de cosas que se ha descrito cabe indicar que el sistema en su conjunto, no solo el SNS, comenzaba a dar muestras evidentes de dificultad. De ahí que a primeros de los años 2000 —en concreto, en 2003— se aprueba un paquete de normas que tratan de relanzar la estructura central

¹⁸ *Ibidem*.

¹⁹ Sala Arquer J., y Villar Rojas, F., señalan que «(...) En fin, con estos datos, bien puede afirmarse que el Consejo Interterritorial cumple, esencialmente, el papel de órgano consultivo de las autoridades sanitarias estatales, con la participación de las Comunidades Autónomas. Es la legislación estatal la que se debate. En algún momento, más que una Conferencia Sectorial, recuerda a un órgano colegiado estatal con participación autonómica (art. 5.1, segundo párrafo, de la Ley de Procedimiento Administrativo Común). Estas dudas, sin embargo, no deben llevar a equívoco. Ni la dificultad para encasillar a este órgano, ni su insuficiente régimen jurídico, pueden ocultar una realidad indiscutible: desde su constitución, el Consejo Interterritorial ha cumplido sobradamente su función como lugar de intercambio y debate entre los responsables de los distintos servicios de salud, autonómicos y estatal (...).» (2002, p. 85). Véase también Beltrán Aguirre, J. (2003). Anotaciones a la Ley de cohesión y calidad del sistema nacional de salud, *Derecho y salud*, 11 (2), 123-140.

y organizada de un sistema que se ejecuta territorialmente, pero que forma parte de un servicio de cobertura nacional.²⁰

Estas tres leyes son: Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (LCo en adelante); Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las Profesiones sanitarias; y Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud²¹. Un enorme impulso normativo, en general bien orientado y con una realización ciertamente escasa.

Debido a la materia que se aborda en el presente trabajo vamos a analizar la LCo cuyo título demuestra, claramente, que en la mentalidad del legislador surge necesariamente la idea de la cohesión porque el efecto desvertebrador, al que nos venimos refiriendo, de la creación de modelos autonómicos en las Comunidades Autónomas, era más que perceptible.

2.7.1. Consideraciones de carácter general

La LCo supuso un cambio en el paradigma que acabamos de indicar en los apartados anteriores. Así lo señalaba el Preámbulo de esta cuando indicaba que:

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, dio respuesta y desarrollo a estas previsiones constitucionales, estableciendo los principios y criterios sustantivos que han permitido configurar el Sistema Nacional de Salud: el carácter público y la universalidad y gratuidad del sistema ; (sic) la definición de los derechos y deberes de ciudadanos y poderes públicos en este ámbito ; (sic) la descentralización política de la sanidad ; (sic) la integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud y su organización en áreas de salud, y el desarrollo de un nuevo modelo de atención primaria que ponía el énfasis en la integración en este nivel de las actividades asistenciales y de prevención, promoción y rehabilitación básica.

Asimismo, la ley creó el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud como órgano coordinador entre las comunidades autónomas y la Administración General del Estado, que ha realizado una importante labor tanto en el fomento del consenso como en la difusión de experiencias y en el aprendizaje mutuo entre niveles de gobierno.

(...), ley ofrece mecanismos de cooperación y coordinación tanto en la organización de la asistencia sanitaria como en salud pública. En asistencia sanitaria se regulan los planes integrales de salud, para que las Administraciones sanitarias adopten un enfoque integral en la atención a las enfermedades más prevalentes. En salud pública se identifican aquellos ámbitos en los que se requiere un enfoque conjunto.

Para que ello sea factible, la ley diseña una serie de instrumentos para tomar aquellas decisiones que corresponde asumir conjuntamente al Estado y a las comunidades autónomas. De esta forma, la ley crea o potencia órganos especializados, que se abren a la participación de las comunidades autónomas ; (sic) así, la Agencia de Evaluación de Tecnologías, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, la Comisión de Recursos Humanos, la Comisión Asesora de Investigación en Salud, el Instituto de Salud Carlos III, el Instituto de Información Sanitaria, la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud y el Observatorio del Sistema Nacional de Salud.

20 Véase Pemán Gavín, J. (2005) La nueva configuración del Sistema nacional de Salud tras la Ley de Cohesión y Calidad (Ley 16/2003, de 28 de mayo), *Revista Vasca de Administración Pública*, (71), 173-222.

21 En relación con el tema, ver al respecto Pérez Gálvez, J. (2004) *Comentarios al Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de Salud. Con jurisprudencia y formularios*, Bosch.

El órgano básico de cohesión es el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, al que se dota de mayor agilidad en la toma de decisiones y de mecanismos para la búsqueda de consensos, así como para la vinculación entre las partes en la asunción de estas decisiones. Junto al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se sitúa la Alta Inspección, a la que se atribuye el seguimiento de los acuerdos de aquél, entre otras funciones.²²

En definitiva, la ley busca la colaboración de las Administraciones públicas sanitarias con la finalidad de mejorar el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. La equidad, la calidad y la participación como objetivos comunes, las actuaciones en los diferentes ámbitos y los instrumentos para llevarlas a cabo constituyen el núcleo básico del Sistema Nacional de Salud y lo que proporciona unos derechos comunes a todos los ciudadanos.

En este marco de consideraciones generales y previas podríamos señalar un efecto que se percibe con claridad: la tendencia a centrar los debates en la asistencia sanitaria. Los aspectos más genéricos, referidos a la salud pública, no tienen una mención directa y las que se encuentran se centran, prácticamente, en la asistencia sanitaria que no es, claro está, sino una parte de una política más amplia que en función de su dispersión inicial no ha encontrado, tampoco, una forma de articular una visión común.

2.7.2. Naturaleza jurídica y régimen de funcionamiento del CISNS

Uno de los elementos más característicos de la presencia del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS en adelante) en el ámbito de la actividad de coordinación es, precisamente, el desplazamiento organizativo del papel del Estado —que habíamos puesto de manifiesto con claridad frente al CISNS— a una conferencia sectorial.

En la actualidad, el régimen jurídico de las conferencias sectoriales se regula en los artículos 147 y ss. de la LRJSP. Específicamente, su artículo 147 cuando señala que:

1. La Conferencia Sectorial es un órgano de cooperación, de composición multilateral y ámbito sectorial determinado, que reúne, como presidente, al miembro del Gobierno que, en representación de la Administración General del Estado, resulte competente por razón de la materia, y a los correspondientes miembros de los Consejos de Gobierno, en representación de las Comunidades Autónomas y de las Ciudades de Ceuta y Melilla.

La naturaleza jurídica del CISNS es, conforme a las previsiones de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, la de una Conferencia Sectorial, ya que reúne todos los requisitos establecidos por esta norma para tal consideración, aunque en este caso, como el Consejo de Política Fiscal y Financiera o el Consejo General de la Ciencia y la Tecnología, exista una ley estatal, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS, que lo regula, de manera compatible y coherente con la citada Ley 40/2015, de 1 de octubre.²³

22 No es el momento de un análisis más profundo, pero conviene indicar que uno de los efectos más palpables del desarrollo constitucional ha sido la falta de definición del concepto de alta inspección y su propia relevancia, incluso nominal, en la estructura orgánica del Ministerio de Sanidad. Esta cuestión la hemos desarrollado en Palomar Olmeda, A. y Vázquez Garranzo, J. (2021)., cit., p. 146.

23 Véase Sala Arquer, J., y Villar Rojas, F. (2002) señalan que «Con este escaso bagaje legal, cualquier conclusión sobre la naturaleza jurídica de este órgano del Sistema Nacional de Salud resulta arriesgada; la duda es si se trata de un ejemplo particular de Conferencia Sectorial o si es un órgano colegiado estatal con representantes autonómicos. Los datos que hacen del Consejo Interterritorial una organización singular los son siguientes: -Su creación se produjo “ope legis”, no por acuerdo interadministrativo, como ocurre con las Conferencias bre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común). Pero también fue creada por Ley la Conferencia Sectorial para Asuntos relacionados con las Comunidades Europeas (Ley 2/1997, de 13 de marzo). -No es un órgano de la Administración General del Estado, sino que lo es del Sistema Nacional de Salud – que, a su vez, es la suma de los servicios de salud-,

Lo que resulta relevante destacar es que el sistema ha variado de sujeto activo, de la Administración General del Estado, a un órgano de relación interadministrativa con la condición de conferencia sectorial.

Sobre el sistema de adopción de acuerdos, según el artículo 73 de la Ley de cohesión y calidad del SNS, los acuerdos del Consejo se plasmarán a través de recomendaciones que se aprobarán, en su caso, por consenso.

Los acuerdos de cooperación para llevar a cabo acciones sanitarias conjuntas se formalizarán mediante convenios del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

En punto a los acuerdos, el artículo 14 establece que:

(...) Los acuerdos del Consejo en relación con las materias que expresamente se determinan en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud se plasmarán a través de recomendaciones, que se aprobarán, en su caso, por consenso. 2. Los acuerdos de cooperación para llevar a cabo acciones sanitarias conjuntas se formalizarán mediante convenios del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (...).

Este régimen se completa con la regulación de unas denominadas “actuaciones coordinadas” que analizamos seguidamente no sin antes indicar que, como acaba de verse, la esencia funcional de las Comisiones es la cooperación —de hecho, ampliamente desarrollada en la LRJSP—. En este punto podemos indicar que existe, por tanto, una especialidad en el supuesto del CISNS que consiste en que, pese a su condición de conferencia sectorial, asume vía ley especial (Lco) funciones de mayor o menor intensidad en el desarrollo de la función de coordinación de los sistemas que aquélla atribuye al Ministerio de Sanidad. Se refuerza así, como hemos apuntado, la configuración sui generis del CISNS frente a la regulación más común del resto de conferencias sectoriales.

2.7.3. Delimitación material del marco de relaciones interadministrativas que corresponde al CISNS

Más allá de las determinaciones generales que acaban de plantearse sobre el régimen jurídico de los acuerdos y de funcionamiento del CISNS podemos, ahora centrarnos en el análisis competencial determinado en el artículo 71 de la LCo. El estudio, adelantémoslo ya, permite fundar la conclusión a la que nos referíamos al final del apartado anterior, esto es, la condición de conferencia sectorial sui generis del CISNS.

Empecemos por recordar que es el propio artículo 71 el que señala el régimen de competencias e intenta precisar el funcionamiento. De esta forma podemos indicar que el artículo diferencia entre: A) Funciones esenciales en la configuración del Sistema Nacional de Salud; B) Funciones de asesoramiento, planificación y evaluación en el SNS; C) Funciones en relación con la coordinación del SNS; y D) Funciones de cooperación entre el Estado y las Comunidades Autónomas.

sin que tenga adscripción a Administración alguna. No obstante, la Secretaría Permanente del Consejo, que le sirve de soporte administrativo y de vehículo de comunicación entre sus miembros, sí que es un órgano integrado en el Ministerio de Sanidad (art. 11 del R.D. 1450/2000, de 28 de julio, que desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad). -En cuanto a su funcionamiento, los acuerdos que adopta no vinculan las competencias autonómicas ni estatales, salvo que las asuman como propias, igual que ocurre con cualquier Conferencia Sectorial (art. 5.5 y 8.1 de la Ley de Procedimiento Administrativo Común). Sin embargo, el modo de llegar a esos acuerdos es peculiar: se aprueban por asentimiento de los miembros, siempre que ninguno exprese su parecer contrario 14. No existe un mecanismo ni de formalización, ni de publicación de esos acuerdos. -Pese a que, de acuerdo con la Ley, el Consejo Interterritorial se presenta como un órgano que puede ejercer competencias de coordinación y planificación, a lo largo de estos años ha desempeñado una función análoga a las Conferencias Sectoriales (...)» (p. 84).

Una vez enunciadas podemos diferenciarlas por razón de la materia, respectivamente, atribuida y por la técnica competencial que determina el funcionamiento del CISNS.

A) Funciones esenciales en la configuración del SNS²⁴

La característica central es que en la delimitación funcional hay cuestiones claramente sanitarias (desarrollo de la cartera de servicios, establecimiento de prestaciones sanitarias complementarias, criterios de acceso a las prestaciones, apertura y puesta en funcionamiento de centros sanitarios, servicios de referencia, colaboración de las oficinas de farmacia, convocatorias de los profesionales) junto con otras más susceptibles de ser incluidas en el concepto de salud pública (investigación, información recíproca, planes integrales, sistema de financiación, etc.).²⁵

Lo relevante de este apartado es que incluye entre las competencias del CISNS las siguientes: «a) declaración de la necesidad de realizar las actuaciones coordinadas en materia de salud pública a las que se refiere esta ley», y «m) La aprobación de los planes integrales a los que se refiere esta ley».

Lo curioso no es que aparezca la competencia, sino que viene precedida de la determinación genérica del propio artículo 71 cuando señala que: «(...) El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud conocerá, debatirá y, en su caso, emitirá recomendaciones sobre las siguientes materias (...)».

24 Textualmente, en relación con esta cuestión, señala el artículo 71 que son las siguientes:

«a) El desarrollo de la cartera de servicios correspondiente al Catálogo de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, así como su actualización.

b) El establecimiento de prestaciones sanitarias complementarias a las prestaciones básicas del Sistema Nacional de Salud por parte de las comunidades autónomas.

c) El uso tutelado al que se refiere el artículo 22 de esta ley.

d) Los criterios marco que permitan garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

e) Las garantías mínimas de seguridad y calidad para la autorización de la apertura y puesta en funcionamiento de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.

f) Los servicios de referencia del Sistema Nacional de Salud.

g) Los criterios generales y comunes para el desarrollo de la colaboración de las oficinas de farmacia, por medio de conciertos que garanticen a los ciudadanos la dispensación en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio nacional, independientemente de su comunidad autónoma de residencia.

h) Los criterios básicos y condiciones de las convocatorias de profesionales que aseguren su movilidad en todo el territorio del Estado.

i) La iniciativa sectorial de investigación en salud.

j) Los criterios, sistemas y medios de relación que permitan la información recíproca en el Sistema Nacional de Salud, así como los criterios de seguridad y accesibilidad del sistema de información.

k) Los criterios para la elaboración y evaluación de las políticas de calidad elaboradas para el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

l) La declaración de la necesidad de realizar las actuaciones coordinadas en materia de salud pública a las que se refiere esta ley.

m) La aprobación de los planes integrales a los que se refiere esta ley.

n) Los criterios generales sobre financiación pública de medicamentos y productos sanitarios y sus variables.

ñ) El establecimiento de criterios y mecanismos en orden a garantizar en todo momento la suficiencia financiera del sistema y el carácter equitativo y de superación de las desigualdades que lo definen, sin perjuicio de las competencias del Consejo de Política Fiscal y Financiera de las Comunidades Autónomas.

o) La definición de objetivos y estrategias de funcionamiento de los organismos y restantes estructuras de apoyo dependientes del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

p) Cualquier otra función que le atribuya ésta u otras disposiciones de carácter esencial para la configuración del Sistema Nacional de Salud».

25 Véase Pérez Gálvez, J. (2002). Aproximación metodológica y conceptual a los centros, servicios y establecimientos sanitarios, *Revista Andaluza de Administración Pública*, (47), 261-294.

Esto nos permite indicar que la LCo sitúa la competencia de coordinación general en el ámbito general que incluye debate y formulación de recomendaciones.²⁶

B) Funciones de asesoramiento, planificación y evaluación en el SNS²⁷

Incluye las funciones de evaluación del SNS, la evaluación de actividades y la formación de propuestas, las líneas generales del programa formativo de los profesionales, la memoria del sistema, el plan de actuaciones y resultados, y el asesoramiento y la planificación del SNS.

Al lado de estas competencias se incluye una más genérica e ínsita en materia de salud pública que consiste en «Los planes y programas sanitarios, especialmente los que se refieren a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, que impliquen a todas o a una parte de las comunidades autónomas (...)».

C) Funciones en relación con la coordinación del SNS

Estas menciones explícitas a la competencia de coordinación, aunque referidas al SNS, son las siguientes:

- a) El seguimiento de las acciones de coordinación a las que se refiere el artículo 65 LCo.

Es ciertamente curiosa la referencia porque, tal y como se analiza en otro apartado, la función del CISNS respecto de las funciones de coordinación del artículo 65 va —como se ve— más allá del seguimiento ya que, cuando no tienen la condición de urgentes cabe, incluso, que el acuerdo opere como presupuesto necesario (eventualmente, incluso, vinculante) de la actuación del Ministerio lo que, claro está, es algo más que el seguimiento que, en un plano interpretativo lógico, opera por propia esencia *a posteriori* de la decisión.

26 Una recopilación de las ponencias presentadas en las Jornadas sobre Coordinación General Sanitaria organizadas por el CISNN, celebradas en Madrid en 1988. Ver Ministerio de Sanidad y Política Social (1989). *Jornadas sobre Coordinación General Sanitaria*.

27 Son las previstas en el apartado 2 del artículo 71 de la LCo cuando señala que: «2. En relación con funciones de asesoramiento, planificación y evaluación en el Sistema Nacional de Salud:

La evolución de los planes autonómicos de salud y la formulación de los planes conjuntos y del Plan integral de salud a que se refieren los artículos 71 y 74 siguientes de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

La evaluación de las actividades y la formación de propuestas que permitan una planificación estratégica del sector farmacéutico -industria, distribución y oficinas de farmacia- con el fin de que dichas actividades se adecuen a las necesidades del Sistema Nacional de Salud y de los ciudadanos en materia de medicamentos y prestación farmacéutica.

Los planes y programas sanitarios, especialmente los que se refieren a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, que impliquen a todas o a una parte de las comunidades autónomas.

Las líneas genéricas del programa formativo de los profesionales del Sistema Nacional de Salud, así como los criterios básicos de acreditación de centros y servicios para la docencia de postgrado y para la evaluación de la competencia.

La evaluación de las políticas de calidad implementadas en el seno del Sistema Nacional de Salud y la evaluación de la eficacia, eficiencia y seguridad de las nuevas técnicas, tecnologías y procedimientos que resulten relevantes para la salud y la atención sanitaria.

La memoria anual sobre el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.

El plan de actuaciones y los resultados que arroje la gestión de los organismos o estructuras dependientes del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

En materia de asesoramiento, planificación y evaluación en el Sistema Nacional de Salud, cualquiera otra función que le atribuya esta u otras disposiciones(...)».

- b) Los asuntos en materia de sanidad, asistencia sanitaria, productos farmacéuticos y consumo para conformar, de manera coordinada, la voluntad del Estado en el seno de las Comunidades Europeas en estas materias, así como coordinar la implantación en el Sistema Nacional de Salud de las medidas, decisiones y orientaciones adoptadas en las Comunidades Europeas.

En este punto se trata de una competencia ciertamente específica muy en la línea general de la Conferencia Sectorial para Asuntos relacionados con la Unión Europea²⁸ a la que se atribuye la participación en la formación de la posición negociadora del Estado español ante la Unión Europea. En este marco, pero con referencia específica al ámbito de la salud se ubica la competencia a la que se refiere este apartado que, realmente, lo que busca es establecer un planteamiento común en relación con la respectiva materia.

- c) Los criterios para coordinar los programas de control de calidad y seguridad de los medicamentos establecidos por el Ministerio de Sanidad y Consumo, y las comunidades autónomas

Esta competencia trata de situarse en el marco de la política de medicamentos en cuanto productos de uso común en el conjunto del territorio y, en concreto, en el señalamiento de programas de control de calidad y seguridad que afecten al conjunto de estos.

- d) Los principios generales de coordinación respecto a los requisitos comunes y las condiciones para la financiación y desarrollo de los ensayos clínicos en el Sistema Nacional de Salud

Es el Real Decreto 1090/2015, de 4 de diciembre, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos, los Comités de Ética de la Investigación con medicamentos y el Registro Español de Estudios Clínicos, la norma que establece la regulación de aplicación general en la materia. Conforme a la Disposición final segunda, la norma reglamentaria determina que «Este real decreto se dicta al amparo de lo dispuesto en el artículo 149.1. 16.ª de la Constitución Española, que atribuye al Estado competencia exclusiva en materia de legislación sobre productos farmacéuticos».

No obstante, esta configuración general es lo cierto que el artículo 19 del Real Decreto establece que:

1. La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios establecerá con los órganos competentes de las comunidades autónomas el marco de colaboración y un procedimiento de intercambio de información en materia de estudios clínicos con medicamentos e investigaciones clínicas con productos sanitarios.
2. En las instrucciones para la realización de ensayos clínicos en España publicadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios constarán los puntos de

28 En 1997, se aprobó la Ley 2/1997, de 13 de marzo, por la que se regula la Conferencia de Asuntos Relacionados con las Comunidades Europeas (CARUAE), con lo que su regulación, composición y funciones, adoptó rango de ley. A continuación, el 5 de junio de 1997, la CARUE aprobó su Reglamento interno, modificado por Acuerdo de 15 de febrero de 2017. En 2004 se abordó la participación de las Comunidades Autónomas en el Consejo, mediante el Acuerdo de 9 de diciembre de 2004, adoptado por la CARUE y que abre definitivamente a las Comunidades Autónomas la participación en 4 formaciones del Consejo de la Unión Europea, en concreto los Consejos de Ministros de: Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores; Agricultura y Pesca; Medio Ambiente; y Educación, Juventud y Cultura. En la reunión de la CARUE del 2 de julio de 2009 se aprobó modificar dicho Acuerdo ampliando la citada participación autonómica a una quinta formación, como es la de Competitividad-temas de Consumo, y en la reunión celebrada por dicha Conferencia el 15 de abril de 2010, se acordó la ampliación de dicha participación en el ámbito de las reuniones relativas a ordenación del juego y apuestas del Grupo de Trabajo afectado de la citada formación de Competitividad. <https://mpt.gob.es/portal/politica-territorial/internacional/ue/ccaa-eell-ue/CARUE.html> [con acceso el 7.9.2021].

contacto de las comunidades autónomas a los que deberá remitirse la información mientras no esté disponible dicho proceso.

Es, por tanto, en este marco en el que se sitúa la actuación de coordinación a la que se refiere la competencia que da cobertura a este apartado.

- d) Los criterios para la coordinación de la política general de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud

La política de recursos humanos en el marco de un sistema compuesto de subsistemas con una clara autonomía y que, por tanto, se convierten materialmente en competidores en un mercado escaso de recursos humanos disponibles justifica el intento de establecer algunos criterios que permitan que el funcionamiento global del sistema no resulte afectado. A esta consideración responde la competencia a la que nos referimos.

- e) Los acuerdos sanitarios internacionales por los que se colabore con otros países y organismos internacionales en las materias a las que se refiere el artículo 39 de la Ley General de Sanidad

En este ámbito, se trata de obligaciones internacionales de cooperación y colaboración con otros Estados y el fundamento central se sitúa en la competencia exclusiva para las relaciones internacionales de Estado.

- f) En general, coordinar aquellos aspectos relacionados con acciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud que dispongan las leyes o que, de acuerdo con su naturaleza, precisen de una actuación coordinada de las Administraciones sanitarias públicas.

Fácilmente, puede verse, por tanto, que existe una función de coordinación que se refiere, esencialmente, al SNS y que se reúne en el ámbito del CISNS, con las competencias en materia de actuaciones coordinadas que se ubican, esencialmente, en el ámbito de la salud pública. Pero lo que debe quedar claro es que se trata de dos cuestiones diferenciadas por el ámbito funcional en el que operan (una, sistema nacional de salud y, otra, sobre la salud pública en general).

D) Funciones de cooperación entre el Estado y las Comunidades Autónomas

Son las previstas en el apartado 4 cuando señala que:

- 4. En relación con funciones de cooperación entre el Estado y las comunidades autónomas:
 - a) Los acuerdos entre las distintas Administraciones sanitarias para conseguir objetivos de común interés de todos los servicios de salud.
 - b) Los criterios generales para el desarrollo de programas que integren acciones de cooperación al desarrollo sanitario.
 - c) En general, todos aquellos asuntos que los miembros del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud consideren de interés general para el conocimiento y la colaboración en el seno del Consejo (...).

Con carácter general y vocación de síntesis podemos indicar que la clasificación que acaba de realizarse hace competente al CISNS de un conjunto de funciones interadministrativas que responden a técnicas diferentes, desde el informe, la cooperación y la coordinación, referidas al SNS. El artículo 65 de la LCo va más allá y sitúa el marco competencial en las medidas que afecten a la salud pública. El concepto legal de salud pública trasciende al del SNS, luego, la consecuencia es que las funciones

del SISNS proceden o se corresponden —según diversas técnicas de relación interadministrativa— en relación con el SNS, de un lado, y con la salud pública, de otro.

3. LAS INSUFICIENCIAS DEL MODELO DE GESTIÓN: LA NECESIDAD DE ACTUACIONES DE CORTE «FEDERAL».

A este propósito responde el artículo 65 de la LCo cuyo título se refiere, precisamente, a las actuaciones coordinadas en salud pública y en seguridad alimentaria. La importancia de esta figura se centra en la necesidad de encontrar funciones de la federación como elementos de vertebración de un sistema fuertemente descentralizado en su gestión, pero que, finalmente, ante una situación de crisis, propicia la necesidad de una mínima ordenación conjunta. En España, esta función se ha atribuido, en los términos que se indican, al Ministerio de Sanidad y al Consejo Interterritorial de Salud.

Podemos sintetizar este régimen jurídico en la siguiente forma:

A) Titularidad de la competencia para la ordenación de actuaciones coordinadas

Podemos, a su vez, diferenciar dos regímenes. El de situaciones de normalidad y el de urgencia.

a) Situaciones de normalidad

Es el Ministerio de Sanidad, el órgano de la AGE al que corresponde dictar las actividades coordinadas, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con audiencia de las comunidades directamente afectadas. Aunque nada se dice, es claro que estas (las Comunidades Autónomas) pueden ser todas, claro está.

b) Situaciones de urgente necesidad

La competencia se mantiene en el Ministerio de Sanidad si bien se tomarán las medidas que sean estrictamente necesarias y se le informará de manera urgente de las medidas adoptadas al Consejo Interterritorial de Salud.

Esto significa, por tanto, que el conocimiento del órgano de cooperación se produce *a posteriori*.

B) Efectos de la declaración de actividades coordinadas

La declaración de actuaciones coordinadas obliga a todas las partes incluidas en ella y deberán encuadrarse en alguno de los supuestos siguientes:

1.º Responder a situaciones de especial riesgo o alarma para la salud pública.

2.º Dar cumplimiento a acuerdos internacionales, así como a programas derivados de las exigencias de la normativa emanada de la Unión Europea, cuando su cumplimiento y desarrollo deba ser homogéneo en todo el Estado.

Para la realización de las actuaciones coordinadas podrá acudir, entre otros, a los siguientes mecanismos:

a) Utilización común de instrumentos técnicos.

b) Coordinación y refuerzo de la Red de Laboratorios de Salud Pública.

c) Definición de estándares mínimos para el análisis e intervención sobre problemas de salud.

- d) Refuerzo de los sistemas de información epidemiológica para la toma de decisiones y de los correspondientes programas de promoción, prevención y control de enfermedades, cuando sus efectos trasciendan el ámbito autonómico.
- e) Activación o diseño de planes y estrategias de actuación para afrontar emergencias sanitarias.

Podemos, por tanto, resumir el precepto indicando que las actividades coordinadas son obligatorias para todos los incluidos en su ámbito de aplicación y están limitadas a ser encuadradas en algunas de las categorías de materias y medidas a las que se hace referencia en el propio artículo y que acabamos de transcribir.

C) Régimen específico para las actuaciones coordinadas en materia de seguridad alimentaria

La característica central es que la competencia no corresponde al Ministerio, en sí mismo considerado, sino a la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, de acuerdo con lo establecido en la Ley 11/2001, de 5 de julio²⁹.

D) Régimen específico en relación con el aporte de información

Esta cuestión que se concibe, directamente, al margen de las actuaciones coordinadas, aunque, materialmente, sean una actividad de coordinación específica, se regula en el artículo 65 bis de la LCo.

En concreto, el artículo prevé que:

Los órganos competentes en materia de salud pública de las comunidades autónomas deberán, en el caso de una situación de emergencia para la salud pública y sin perjuicio de lo establecido en el artículo 65 de esta ley, aportar con carácter inmediato al Ministerio de Sanidad la información epidemiológica y la relativa a la capacidad asistencial que se requiera y la identificación de las personas responsables de la misma, así como las medidas de prevención, control y contención adoptadas por las comunidades autónomas y las entidades locales comprendidas en su ámbito territorial, en los términos que se establezcan por el Ministerio de Sanidad. Cuando se trate de las entidades locales, dicha información será recabada por el órgano competente en materia de salud pública de la correspondiente comunidad autónoma, que deberá transmitirla al Ministerio de Sanidad.

Se trata de una obligación que se produce en supuestos de emergencia. Esta es una cuestión compleja porque, desde la perspectiva jurídica, la situación de emergencia no está declarada y no tiene una formalización jurídica como pueden tener los estados de alarma, excepción y sitio. Siendo esto así, el concepto y la operatividad de la emergencia será asimilable, en el marco de la actuación común de las Administraciones Públicas, al de la urgencia y, por tanto, exigirá su declaración a la vez que se impone la obligación de suministrar la información a la que se refiere el artículo en cuestión.

Desde una perspectiva procedimental, el artículo 65 bis completa el régimen procedimental indicando que «En todo caso, el Ministerio de Sanidad convocará con carácter urgente el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud para informar de lo actuado». Es claro, por tanto, que la actuación del CISNS se produce *a posteriori* y con efectos meramente informativos.

²⁹ Fue modificada por la disposición final 2.1 de la Ley 2/2021, de 29 de marzo, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Con vocación de síntesis, podríamos indicar que las denominadas actividades coordinadas están concebidas en la LCo como una posibilidad de actuación directa de la AGE (con intervención previa o no del CISNS) en materia de salud pública, obligaciones internacionales o programas conjuntos. Esta intervención se justifica por la necesidad de dotar de elementos comunes a determinadas políticas de salud que afectan al conjunto del territorio.

Este esquema que, finalmente, ha sido objeto de una utilización evidente en los últimos meses se ha presentado como un esquema necesario, imprescindible, pero que carecía de precedentes y de virtualidad propia. Apenas se había probado y, en todo caso, apenas había producido problemas que, realmente, han venido, finalmente de la improvisación del modelo, de un lado, y, en la carencia de elementos y de pautas de ejecución que permitieran cumplir el objetivo central que se viene indicando.

4. UN APUNTE A MODO DE RESUMEN SOBRE LOS SISTEMAS EN RED Y LA DESCENTRALIZACIÓN TERRITORIAL

En los apartados anteriores hemos señalado sucesivamente los efectos más evidentes de la conformación del modelo de salud en España. Podemos intentar sistematizar estas conclusiones en las siguientes:

- a) El desarrollo del estado autonómico trajo consigo la ordenación asimétrica de dos grandes proveedores de servicios de salud. El Sistema nacional de Salud, configurado sobre la base de los sistemas sanitarios de las respectivas Comunidades Autónomas que han crecido en función de los propios recursos de cada Autonomía. De otro lado, las medidas de salud pública que han perdido el referente estatal y se han configurado de una forma estanca en cada Administración en función de la asunción de las competencias transferidas en la materia.
- b) El desarrollo del Sistema de salud ha pasado diversas fases de desarrollo, pero, al menos, desde 2003, precisó la búsqueda de elementos de cohesión. La justificación es, fundamentalmente, su funcionamiento en red, es decir, la posibilidad de que el titular de los derechos demande servicios en varios proveedores de forma sucesiva y, desde otra perspectiva, en la necesidad de conseguir una cierta homogeneidad en el contenido prestacional que evite la diferenciación entre usuarios y la propia competitividad de los sistemas que, finalmente, conduce a un punto sin retorno en la satisfacción de este sistema. Este es el momento de la creación y, sobre todo, de la reforma de la cartera de servicios sanitarios y su aproximación entre los diferentes subsistemas.
- c) El sistema así concebido ha dado muestras de agotamiento porque, finalmente, está concebido desde la perspectiva de la descentralización y, por tanto, carece de elementos reales de coordinación y de comunicación. En este punto, cabe indicar que la configuración de los mecanismos de coordinación en el CISNS no ha resultado eficaz porque el sistema central del mismo estaba ubicado en el planeamiento general y sectorial y este esquema fracasó rotundamente. Fue sustituido por una especie de diálogo bilateral que no puede negarse que rompe, en cierta medida, el aislamiento de subsistemas, pero que carece de horizonte y de perspectiva. En una situación como la vivida, se ha percibido la falta de horizonte y la vinculación con los motivos y los aspectos concretos respecto de los cuales no existía perspectiva general, sino únicamente del momento o de la circunstancia (compra de vacunas, plan de vacunación, medidas de higiene, etc.).
- d) Esto obliga a pensar en la reconfiguración del sistema de coordinación y en romper el aislamiento entre subsistemas prestacionales para conseguir las referencias comunes, las simetrías en el gasto, las políticas comunes de salud y demás elementos, que, al margen de los aspectos concretos de ejecución, representan la esencia de un sistema que funciona

en red. Este aspecto no está suficientemente trabajado en la conformación de un modelo descentralizado probablemente porque la concepción general en la que se ha movido esta técnica de redistribución competencial es la conformación de modelos estancos. No ocurre así en el ámbito de la salud en el que la configuración estanca perjudica políticas comunes, visión móvil del beneficiario y atención al conjunto de la población.

- e) La LCo configuraba un conjunto de instrumentos que debían paliar el aislamiento de los subsistemas. Específicamente, lo que se refiere al sistema de información y las políticas de información común. Sin poder afirmar que realmente no se haya hecho nada en relación con las mismas, sí puede decirse, al menos, que su desarrollo, su armonización y su disponibilidad común han quedado en entredicho en una situación como la de pandemia, en la que cuestiones tan simples como la forma de computar los muertos no ha tenido virtualidad a lo largo de la crisis. Es cierto que otros aspectos, como la forma de computar la demora en las listas de espera, ya habían dado muestras de las dificultades de la utilización de metodologías comunes en el sistema nacional de salud.
- f) Adicionalmente, y pese a todos los inconvenientes que puedan predicarse, es lo cierto que el sistema sanitario, estrictamente considerado, tiene un mayor desarrollo colectivo que el de salud pública en general. Esta dificultad de articulación de un sistema común y general de salud es lo que demuestra la madurez de los sistemas de salud en los que la caracterización del sistema sanitario se conjuga o coadyuva con políticas de prevención y reparación o de interdicción de la falta de higiene y la salubridad como políticas públicas que, consideradas en su conjunto, permiten la mejora de la salud de la población.
- g) El modelo de la LGSP de 2011 era, ciertamente, ambicioso. Su desarrollo es, cuando menos parco, camino de la inexistencia. Hoy, diez años después, se plantea la necesidad de poner en operatividad real aquellas previsiones. Este es el Acuerdo de la Comisión del Congreso que analizó la gestión de la pandemia lo que demuestra, sin entrar en detalles, las carencias de la implementación del modelo de salud pública.
- h) Esta circunstancia propicia que hoy no pueda hablarse, en rigor, de la existencia de un modelo de salud pública con el conjunto de valores, políticas e intereses que el moderno concepto de salud pública determina para este concepto como superador del sistema sanitario asistencial y, por tanto, como coadyuvante de una política general que dé un auténtico sentido al concepto de salud pública.

Las consideraciones a las que nos acabamos de referir nos sitúan ante un modelo en construcción, con un amplio desarrollo de los respectivos subsistemas de salud, sin duda, los grandes beneficiarios del sistema de financiación y del esfuerzo en la construcción del estado social, pero necesitado, en este momento, de la ordenación de esquemas comunes con los que vertebrar un verdadero modelo sin afectar al régimen de ejecución ni a la distribución constitucional de competencias. Esta composición exige visión del problema, convencimiento de la necesidad y acierto en las medidas de forma que todos los afectados las consideren útiles. Este es el gran reto del futuro.

Madrid. Octubre. 2021

5. BIBLIOGRAFÍA

Alabert López, M., Arbussà Reixach, A., y Sáez Zafra, M. (2016). Colaboraciones interadministrativas en la gestión de la salud pública en municipios menores de 10.000 habitantes. *Gaceta Sanitaria*, 30(6), 480-482. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.001>

Cierco Seira, C. (2006). *Administración Pública y salud colectiva*. Editorial Comares.

Fernández Montalvo, R. (2000). *Relaciones interadministrativas de colaboración y cooperación*. Marcial Pons.

- Gavín, J. M. (2009). El derecho a la salud como derecho social: desarrollos recientes desde la perspectiva internacional y en el derecho comparado. *Revista de Administración Pública*, (179), 37-86.
- Hontangas Carrascosa, J. (2016). *El derecho a la salud en el deporte*. Editorial Reus.
- Instituto de Reformas Sociales. (1906) *Instituto Nacional de Previsión y sus relaciones con las entidades similares: Proyecto de ley presentado al Gobierno en cumplimiento de la Real Orden de 27 de agosto de 1904. Información legislativa y bibliográfica y explicación técnica*.
- Jiménez-Blanco Carrillo de Albornoz, A. (2015). Organización administrativa y relaciones interadministrativas. *Documentación Administrativa: Nueva Época*, (2).
- Martínez López-Muñiz, J. L. (2006). Cooperación y subsidiariedad intermunicipal. *Revista de Estudios de la Administración Local y Autonómica*, (302), 61-76.
- Ministerio de Sanidad y Política Social (1989). *Jornadas sobre Coordinación General Sanitaria*.
- Muñoz Machado, S. (1995). *La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos*. Alianza Editorial.
- Palomar Olmeda, A., y Vázquez Garranzo, J. (2021). *La protección de la salud: la necesidad de recomposición del sistema (Lecciones aprendidas durante la pandemia y propósito de enmienda)*. Thomson Reuters Aranzadi.
- Parejo Alfonso, L. (2007). Notas para una construcción dogmática de las relaciones interadministrativas. *Revista de Administración Pública*, (174), 161-191.
- Pemán Gavín, J. M. (1996). Sanidad Local. *Anuario del Gobierno Local*, (1), 525-538.
- Pemán Gavín, J. (2005). La nueva configuración del Sistema nacional de Salud tras la Ley de Cohesión y Calidad (Ley 16/2003, de 28 de mayo), *Revista Vasca de Administración Pública*, (71), 173-222.
- Pemán Gavín, J. (2009). El derecho a la salud como derecho social: desarrollos recientes desde la perspectiva internacional y en el derecho comparado, *Revista de Administración Pública*, (179), 37-86.
- Pérez Gálvez, J. (2002). Aproximación metodológica y conceptual a los centros, servicios y establecimientos sanitarios, *Revista Andaluza de Administración Pública*, (47), 261-294.
- Pérez Gálvez, J. (2004). *Comentarios al Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de Salud. Con jurisprudencia y formularios*, Bosch.
- Sala Arquer, J. M., y Villar Rojas, F. J. (2002). Análisis de la cooperación en un sector determinado. La sanidad pública. *Derecho y Salud*, 10(1), 89-108.