

LAS RELACIONES INTERADMINISTRATIVAS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD: EL CONSEJO INTERTERRITORIAL DE SALUD. PERSPECTIVAS DE ORDENACIÓN Y ORIENTACIÓN DEL CAMBIO

**Alberto
Palomar Olmeda**

*Profesor Titular (Acred) de Derecho Administrativo.
Magistrado de lo contencioso-administrativo (EV). Abogado*

SUMARIO

I. Planteamiento de origen. II. 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. 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. 2.6 La Ley de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. 2.7 Ley General de Salud Pública (LGSP). **III. Las denominadas actuaciones coordinadas: a medio camino entre ambos vectores del concepto salud. IV. La coordinación en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de régimen jurídico del Sector Público. V. La formulación jurídica completa de la función de coordinación: la coordinación ejecutiva y la coordinación proyectiva.** 5.1 La coordinación ejecutiva derivada de una situación de urgencia. 5.2 La coordinación proyectiva o de diseño común. **VI. Las propuestas de mejora. VII. Bibliografía.**

RESUMEN

Se aborda en presente trabajo la evolución y la conformación actual del Consejo Interterritorial de Salud, configurado desde las normas de asistencia sanitaria y sanidad y proyectado, ahora, a ser el instrumento clave en la conformación de la política de salud pública y, asimismo, de su operatividad real en la formulación de medidas que puedan ser ejecutadas en supuestos de emergencia sanitaria.

PALABRAS CLAVE

Consejo Interterritorial de Salud, actuaciones coordinadas, cooperación, relaciones interadministrativas, sistema nacional de salud, coordinación.

ABSTRACT

The evolution and current conformation of the Interterritorial Health Council is addressed in this paper, configured from the health care and health standards and projected, now, to be the key instrument in the conformation of public health policy and, likewise, of its real operation in the formulation of measures that can be executed in cases of health emergency.

KEYWORDS

Interterritorial Health Council, coordinated actions, cooperation, inter-administrative relations, national health system, coordination.

I. PLANTEAMIENTO DE ORIGEN

El proceso de descentralización territorial y funcional que ha supuesto la Constitución 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 de las Comunidades Autónomas sobre la base y la funcionalidad del principio de jerarquía y 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 todas 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, 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 y, por tanto, los ciudadanos tienen la posibilidad de demandarlo allí donde se encuentren 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, el artículo 3º 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 que el problema era más profundo y 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.¹ 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, constituyen uno de los problemas más evidentes del funcionamiento del sistema constitucional en la actualidad.²

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 concepto genérico más amplio, que implica la necesidad de conjuntar o proyectar en común políticas de diferentes ámbitos al servicio de un objetivo común 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 común. 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.³

1 FERNÁNDEZ MONTALVO, Rafael: Relaciones interadministrativas de colaboración y cooperación. Marcial Pons, Madrid 2000.

2 PAREJO ALFONSO, Luciano: “Notas para una construcción dogmática de las relaciones interadministrativas”, *Revista de Administración Pública*, núm. 174, 2007, pp. 161-191.

3 ALABERT LÓPEZ, Marc; ARBUSSA REIXACH, Anna y SAEZ ZAFRA, Marc: “Colaboraciones interadministrativas en la gestión de la salud pública en municipios menores de 10.000 habitantes”, *Gaceta Sanitaria*, Volumen 30, núm. 6, 2016.

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.⁴

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.⁵

Este es, sin duda, uno de los efectos más visibles. 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 quien 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 como 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 estrategias y de 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 cuales son las causas de la complejidad. Desde luego, la falta de políticas de información y conformación 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, posteriormente, se analiza la idea de estos instrumentos es que 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 partes⁶.

4 En relación con los elementos centrales para la configuración del derecho, vid. PEMAN GAVIN, Juan María: “El derecho a la salud como derecho social: desarrollos recientes desde la perspectiva internacional y en el derecho comparado”, *Revista de Administración Pública*, núm. 179, 2009, pp. 37-86.

5 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 Plano 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 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....».

6 JIMÉNEZ-BLANCO CARRILLO DE ALBORNOZ, Antonio: “Organización administrativa y relaciones interadministrativas”, *Documentación Administrativa*, Nueva Época, núm. 2, 2015, y MARTÍNEZ LÓPEZ-MUÑIZ, José Luis: “Cooperación y subsidiaridad intermunicipal”, *Revista de Estudios de la Administración y Autonómica*, núm. 302, 2006, pp. 61-76.

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 afectada y sobre todo, ha producido una enorme confusión en la población. Realmente no hemos acabado de saber quien 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 cual es el mecanismo jurídico para su implementación.

II. LOS ORÍGENES DE LA ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

Antes de realizar un análisis más de detalle sobre la situación anterior, parece necesario fundar las afirmaciones que se han hecho en el apartado introductorio para poder demostrar los fundamentos de cuanto se ha indicado.⁷

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 sanitario⁸.

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.

⁷ MUÑOZ MACHADO, Santiago: La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos, Alianza, Madrid 1995, analiza el periodo previo bajo lo que denomina “la época de continuidad con el antiguo régimen”, pp. 15-29.

⁸ MUÑOZ MACHADO, Santiago: La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos, cit., pp. 49-80.

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”.⁹

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 importe de los auxilios convenidos por dichos centros oficiales; las cantidades importe de los auxilios convenidos por los Centros Oficiales para la instalación de centros de Higiene rural y de puericultura; 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.”

Es cierto que se conformaba una red territorial en un momento, 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 configuración de las competencias de estos órganos como delegadas del propio Ministerio competente.

⁹ PEMAN GAVIN, Juan María: “Sanidad Local”, Anuario del Gobierno Local, núm. 1, 1996, pp. 525-538.

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 los “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 consideren 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 sanitaria.

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

En el plano prestacional, la Base 20ª 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 que 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, evacuación de aguas negras y residuales, la inspección alimenticia, vacunaciones preventivas y 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 conforma la seguridad social y que se caracteriza, en realidad, por ser una organización institucional diferenciada y con un régimen propio diferente al común que estaba representado en aquel momento por la Ley de Entidades Estatales Autónomas¹⁰.

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 la 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.

10 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 éste lo considere oportuno, la cifra de sus ingresos, gastos e inversiones y de rendir anualmente al gobierno una memoria de su actuación.

Vid. INSTITUTO DE REFORMAS SOCIALES: 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, Madrid 1906.

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 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 detallada ¹¹ 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.

2.5 La Ley General de Sanidad de 1986

La 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 dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas.
- 4. A garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud.
- 5. A promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente...».

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...».

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...».¹²

A partir de este esquema conceptual, el artículo 49 de la LGS establece el mandato de que las

¹¹ PALOMAR OLMEDA, Alberto y VÁZQUEZ GARRANZO, Javier: La protección de la salud: la necesidad de recomposición del sistema (Lecciones aprendidas durante la pandemia y propósito de enmienda), Editorial Thomson-Aranzadi, Cizur Menor (Navarra) 2021.

¹² 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».

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 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...».

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 tanto, 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 (AGE en adelante) 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...».

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 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, pero 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...».

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 CC. AA 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...».

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 la 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...»¹³

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”,

¹³ 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...».

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...».¹⁴

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 Autónomas- sí que, materialmente, se ha actuado la competencia de coordinación...».¹⁵

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:

- a) 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.
- b) 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.

¹⁴ SALA ARQUER, José Manuel, y VILLAR ROJAS, Francisco José: “Análisis de la cooperación en un sector determinado. La sanidad pública”, Derecho y Salud, Vol. 10, núm. 1 2002, p. 89.

¹⁵ Ibidem.

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 planificación¹⁶ no llegó a tener la entidad que la norma preveía.

- c) 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 y organizada de un sistema que se ejecuta territorialmente pero que forma parte de un servicio de cobertura nacional.¹⁷

Estas tres leyes son: Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud

¹⁶ SALA ARQUER, José Manuel, y VILLAR ROJAS, Francisco José, Cit., p. 85, 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...».

Puede consultarse también BELTRAN AGUIRRE, Juan Luis: “Anotaciones a la Ley de cohesión y calidad del sistema nacional de salud”, Derecho y salud, Vol. 11. núm. 2, 2003, pp. 123-140.

¹⁷ PEMAN GAVIN, Juan María: “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, núm. 71, 2005, pp. 173-222.

(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 salud¹⁸. 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; la definición de los derechos y deberes de ciudadanos y poderes públicos en este ámbito; la descentralización política de la sanidad; 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.

(...), la 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; 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.

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 funciones¹⁹.

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.

¹⁸ En relación con el tema, PÉREZ GÁLVEZ, Juan Francisco: Comentarios al Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de Salud, Bosch, Barcelona 2004.

¹⁹ 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, Javier, cit., p. 146.

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.²⁰

20 SALA ARQUER, José Manuel, y VILLAR ROJAS, Francisco José, cit., p. 84, 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-, 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.

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 CISNS.

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

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...».

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; d) Funciones de cooperación entre el Estado y las Comunidades Autónomas.

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 SNS²¹

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...).²²

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...».

Esto nos permite indicar que la LCo sitúa la competencia de coordinación general en el ámbito general que incluye debate y formulación de recomendaciones.²³

b) Funciones de asesoramiento, planificación y evaluación en el SNS²⁴

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.

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...».

22 PÉREZ GÁLVEZ, Juan Francisco: “Aproximación metodológica y conceptual a los centros, servicios y establecimientos sanitarios”, Revista Andaluza de Administración Pública, núm. 47, 2002, pp. 261-294.

23 Una recopilación de las ponencias presentadas en las Jornadas sobre Coordinación General Sanitaria organizadas por el CISNN, celebradas en Madrid en 1988, está en MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL: Jornadas sobre Coordinación General Sanitaria, Madrid, 1989.

24 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: a) 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

21 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

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.

- 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,

14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. b) 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. c) 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. d) 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. e) 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. f) La memoria anual sobre el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. g) 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. h) En materia de asesoramiento, planificación y evaluación en el Sistema Nacional de Salud, cualquiera otra función que le atribuya esta u otras disposiciones...».

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 Europea²⁵ 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.

²⁵ 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.

Información disponible en la URL: <https://www.mptfp.gob.es/portal/politica-territorial/internacional/ue/ccaa-ecell-ue/CARUE.html> [con acceso el 7.9.2021].

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 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.

- e) 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.

- f) 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.

- g) 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 hacerse 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.

2.8 Ley General de Salud Pública (LGSP)

Señala PEMÁN GAVIN que «, en otro tiempo era fundamentalmente legislación de higiene o salud pública ... la salud pública había quedado relegada a un segundo plano durante la segunda mitad del siglo XX como consecuencia del fuerte protagonismo que durante dicho período tuvo la Sanidad asistencial en las políticas de salud y en la acción legislativa sobre la materia...»²⁶. Indica el citado autor que solo en la segunda parte del siglo XX se aprecia un cierto impulso de la salud pública y que el elemento normativo más representativo es, previamente, la LGSP²⁷.

En los apartados anteriores se ha procurado explicar el sistema dual de protección de la salud y cómo la asunción de las competencias ejecutivas por las Comunidades Autónomas reconduce a este ámbito las competencias en materia de salud pública sin que, realmente, se produzca una determinación

26 PEMÁN GAVIN, Juan María: “El derecho constitucional a la protección de la salud”, Revista Aragonesa de Administración Pública, núm. 34, 2009, p. 40.

27 Como elementos más representativos de esta preocupación presenta los siguientes: «... Esta intensificación de las políticas vinculadas a la salud pública resulta patente de modo particular en algunos sectores concretos que han sido objeto de una atención específica y reforzada durante los últimos años. Entre ellos cabría citar, sin ánimo de exhaustividad, la protección de la salud en el ámbito laboral (materia abordada por la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, y por una copiosa normativa de desarrollo), la atención a las cuestiones de la seguridad alimentaria (objeto de un nuevo impulso y unos nuevos planteamientos plasmados en numerosas normas entre las que cabe destacar la Ley 11/2001, de 5 de julio, de creación de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria, que recoge expresamente el principio de precaución a la hora de perfilar el marco de actuación de dicho organismo) (43), la preocupación por el ruido como problema ambiental que tiene también una incidencia sobre la salud humana (tema que ha sido objeto de numerosas Ordenanzas municipales y que ha recibido un importante impulso con la Ley 37/2003, de 17 de noviembre, del ruido), las medidas dirigidas a reducir el consumo del tabaco (abordadas a través de la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo), o la salubridad de las viviendas y de los edificios en general (el Código Técnico de la Edificación ha concretado las «exigencias básicas de salubridad» previstas en la Ley 38/1999, de 5 de noviembre, de Ordenación de la Edificación) (44). También cabría aludir a la continua aparición de normativas sanitarias específicas sobre nuevas situaciones de riesgo (45)...». PEMÁN GAVIN, Juan María: “El derecho constitucional a la protección de la salud”, cit., p. 41.

de políticas o de criterios generales que doten de una mínima coherencia estatal a las mismas. Se produce, como hemos señalado, un efecto de estanqueidad que no se repara con algunas menciones más o menos genéricas en el SNS a la protección de la salud o la prevención de la enfermedad. Este sistema busca alguna referencia general pero no asume el liderazgo en la formulación de una política pública estatal de salud pública.

De alguna forma podríamos indicar que la situación conducía irremediablemente a que la salud pública – en sus objetivos y en su formulación- dejase de ser política estatal para convertirse en un elemento de cada Administración territorial. Es cierto que esta conclusión no es sino una visión real del efecto práctico de las políticas desarrolladas y que el modelo constitucional admitía otras posibilidades.

En el año 2011, concretamente, mediante la Ley 33/2011, de 4 de octubre se publica la General de Salud Pública de la que podemos indicar, en estos momentos, que conformaba un marco jurídico y de organización que ha tenido un escaso desarrollo e implementación real. De nuevo, como ocurre en tantas ocasiones, la legislación y el impulso del legislador parece suficiente cuando al final la formulación y la ejecución de las políticas resultan tan o más determinante de la efectividad de la medida. Como, anteriormente, hemos señalado dicha publicación coincide en el tiempo con un conjunto de medidas sectoriales de protección de la salud desde perspectivas no estrictamente sanitarias o reparadoras pero que carecían de un contexto y una configuración general.

Es cierto, sin embargo, que en el plano conceptual en el que nos movemos la LGSP constituye un esfuerzo notable por recobrar políticas comunes y por evitar el efecto de estanqueidad al que nos venimos refiriendo.

Desde una perspectiva material, el artículo 1º de la LGSP establece su objeto en los siguientes términos:

«...Esta ley tiene por objeto establecer las bases para que la población alcance y mantenga el mayor nivel de salud posible a través de las políticas, programas, servicios, y en general actuaciones de toda índole desarrolladas por los poderes públicos, empresas y organizaciones ciudadanas con la finalidad de actuar sobre los procesos y factores que más influyen en la salud, y así prevenir la enfermedad y proteger y promover la salud de las personas, tanto en la esfera individual como en la colectiva.

La salud pública es el conjunto de actividades organizadas por las Administraciones públicas, con la participación de la sociedad, para prevenir la enfermedad, así como para proteger, promover y recuperar la salud de las personas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo y mediante acciones sanitarias, sectoriales y transversales...».

Es fácil indicar que se trata de un concepto más amplio del de la asistencia sanitaria y de la visión puramente reparadora de la actuación de los poderes públicos. De hecho, no se sitúa en el ámbito de actuación de una organización pública, sino que compromete en la labor a los poderes públicos, empresas y organizaciones ciudadanas, lo que demuestra que estamos ante una política de carácter transversal que afecta a numerosos actores y que, en último término, incluye la actuación reparadora que se realizará por los sistemas sanitarios correspondientes.

En gran medida se trata de una norma que recobra el concepto general de salud que, como se ha visto, formaba parte de nuestra tradición histórica y organizativa y que trata de situar la prevención y la concordancia de las políticas sectoriales en el eje del desarrollo de los diferentes sistemas entre los que se ubica, claro está, el puramente sanitario.

III. LAS DENOMINADAS ACTUACIONES COORDINADAS: A MEDIO CAMINO ENTRE AMBOS VECTORES DEL CONCEPTO SALUD

Al margen del escaso éxito aplicativo de la LGSP es lo cierto que existen en la LCo algunos instrumentos normativos que se sitúan en un terreno intermedio entre la salud pública – en la definición de la LGSP- y los aspectos asistenciales pero que, sobre todo, tienden a proyectar (los citados instrumentos jurídicos) la idea de que es posible encontrar elementos de actuación común. La característica de los que analizan en este apartado es que el protagonismo más esencial se encuentra en la AGE y en el Gobierno estatal y tratan de ser elementos de acción común fundados en causas o situaciones de urgencia o en la necesidad de cumplir con obligaciones de carácter tradicional. Este instrumento jurídico se ha denominado “actuaciones coordinadas” de las que pasamos a analizar su régimen jurídico.

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.

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 éstas (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 julio²⁸.

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.

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.

IV. LA COORDINACIÓN EN LA LEY 40/2015, DE 1 DE OCTUBRE, DE RÉGIMEN JURÍDICO DEL SECTOR PÚBLICO

Situados en lo que acabamos de analizar en el apartado anterior y de la propia configuración de las competencias del CISNS que se hacen en la LCo podríamos llegar a la conclusión de que el legislador estatal ha entendido – más en el plano teórico que en el práctico – la necesidad de habilitar posibilidades de coordinación entre los sistemas territoriales cuando se den determinadas circunstancias que justifiquen elementos de homogeneidad en la articulación de las respectivas políticas públicas. Siendo esto así, lo que nos corresponde en analizar el marco teórico en el que enmarcar la actuación administrativa de

²⁸ 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.

coordinación como técnica de relación interadministrativa que tiene un importante núcleo de predominio del criterio del órgano coordinante sobre los sistemas en los que opera.

Frente a otras técnicas de coordinación interadministrativa podemos indicar que la que menos referencias conceptuales y, sobre todo, de desarrollo se contienen en la LRJSP es, precisamente, la de coordinación. (Art. 3)

El apartado 1 del artículo 140 de la LRJSP (que regula los principios de las relaciones interadministrativas) la define en los siguientes términos:

«...e) Coordinación, en virtud del cual una Administración Pública y, singularmente, la Administración General del Estado, tiene la obligación de garantizar la coherencia de las actuaciones de las diferentes Administraciones Públicas afectadas por una misma materia para la consecución de un resultado común, cuando así lo prevé la Constitución y el resto del ordenamiento jurídico...».

La definición está claramente en sintonía con la configuración que de esta técnica habían venido realizando las leyes y, específicamente, la doctrina del Tribunal Constitucional.

Es cierto, sin embargo, que la regulación posterior de las técnicas de relación interadministrativa deja bastante huérfana la formalización jurídica de la coordinación, aunque es cierto que en el artículo 151 de la LRSP se contienen algunas referencias que nos pueden servir:

A) Adopción de decisiones

La adopción de decisiones requerirá la previa votación de los miembros de la Conferencia Sectorial. Esta votación se producirá por la representación que cada Administración Pública tenga y no por los distintos miembros de cada una de ellas.

B) Formas jurídicas de las decisiones

Las decisiones que adopte la Conferencia Sectorial podrán revestir la forma de:

a) Acuerdo

Supone un compromiso de actuación en el ejercicio de las respectivas competencias. Son de obligado cumplimiento y directamente exigibles de acuerdo con lo previsto en la Ley 29/1998, de 13

de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-administrativa, salvo para quienes hayan votado en contra mientras no decidan suscribirlos con posterioridad. El acuerdo será certificado en acta.

Cuando la Administración General del Estado ejerza funciones de coordinación, de conformidad con el orden constitucional de distribución de competencias del ámbito material respectivo, el Acuerdo que se adopte en la Conferencia Sectorial, y en el que se incluirán los votos particulares que se hayan formulado, *será de obligado cumplimiento* para todas las Administraciones Públicas integrantes de la Conferencia Sectorial, con independencia del sentido de su voto, siendo exigibles conforme a lo establecido en la Ley 29/1998, de 13 de julio. El acuerdo será certificado en acta.

Las Conferencias Sectoriales podrán adoptar planes conjuntos, de carácter multilateral, entre la Administración General del Estado y la de las Comunidades Autónomas, para comprometer actuaciones conjuntas para la consecución de los objetivos comunes, que tendrán la naturaleza de Acuerdo de la conferencia sectorial y se publicarán en el «Boletín Oficial del Estado».

El acuerdo aprobatorio de los planes deberá especificar, según su naturaleza, los siguientes elementos, de conformidad con lo previsto en la legislación presupuestaria:

- 1.º Los objetivos de interés común a cumplir.
- 2.º Las actuaciones a desarrollar por cada Administración.
- 3.º Las aportaciones de medios personales y materiales de cada Administración.
- 4.º Los compromisos de aportación de recursos financieros.
- 5.º La duración, así como los mecanismos de seguimiento, evaluación y modificación.

b) Recomendación

Tiene como finalidad expresar la opinión de la Conferencia Sectorial sobre un asunto que se somete a su consulta. Los miembros de la Conferencia Sectorial se comprometen a orientar su actuación en esa materia de conformidad con lo previsto en la Recomendación salvo quienes hayan votado en contra mientras no decidan suscribirla con posterioridad. Si algún miembro se aparta de la Recomendación, deberá motivarlo e incorporar dicha justificación en el correspondiente expediente.

El desplazamiento, en gran medida, de la coordinación – como función general de la AGE a un órgano de relaciones interadministrativa ciñe su actuación y sus posibilidades a las reglas de funcionamiento de este ámbito lo que, claramente, dificulta la operatividad de las medidas. De ahí la utilidad conceptual del esquema que proponemos más tarde de diferenciar entre la coordinación ejecutiva y la de proyección.

Es cierto, y así lo desarrollamos a continuación, que realmente el desplazamiento no es total y que, las que se han traducido como una sustantivación de la función y han pasado a denominarse como “coordinadas” tienen o mantienen un régimen propio diferenciado, por tanto, de la función de coordinación general.

En todo caso, el régimen transcrito nos permite establecer dos mensajes: a) que la función de coordinación admite la manifestación de la voluntad del órgano colegiado tanto en forma de acuerdo como de recomendación; b) el acuerdo supone un compromiso jurídico – porque es exigible a través de los mecanismos de la LJCA- pero, también político porque realmente la ejecución de la obligación asumida corresponde a cada una de las Administraciones territoriales aun cuando exista un mecanismo jurisdiccional para la determinación del incumplimiento, en su caso.

Lo que es cierto es que el marco que determina la Ley 40/2015 es, esencialmente, un marco en el que la función o la coordinación, como actividad, no está pensada para la ejecución coactiva por una organización diferente a la “natural” en el marco de la distribución general de competencias. Se trata, fundamentalmente, de una perspectiva finalista, de objetivos, de medidas, pero sin una referencia directa a los aspectos ejecutivos en el entendimiento natural de que les corresponde a los órganos y a las Administraciones respectivamente competente. Esto nos permite señalar que la relación interadministrativa, plasmada en la técnica de coordinación, se sitúa en el plano declarativo que, obviamente, tiene la virtualidad de trascender o de ir más allá que el régimen de competencias comunes, pero que no tiene previsiones sobre la ejecución de lo acordado salvo, claro está, la intimación judicial para el cumplimiento.

Mientras esta situación se ha planteado en el marco abstracto e intemporal de las políticas públicas, la situación se ha mantenido con una cierta indiferencia generalizada. Ha sido la emergencia sanitaria la que ha puesto de manifiesto – especialmente cuando no tiene la cobertura de la declaración de alarma- que no existen mecanismos ejecutivos y que la solución jurisdiccional tiene unos tiempos

que no son compatibles con la finalidad de subvenir una emergencia.

Pero más que insistir en esta cuestión desde una perspectiva general, lo que parece razonable es que analicemos esta diferenciación funcional en el plano propio de la normativa de sanidad.

V. LA FORMULACIÓN JURÍDICA COMPLETA DE LA FUNCIÓN DE COORDINACIÓN: LA COORDINACIÓN EJECUTIVA Y LA COORDINACIÓN PROYECTIVA

En línea con lo que acabamos de señalar y con intención de incidir con más detenimiento en la categorización que acaba de hacerse, parece razonable que diferenciemos el ámbito funcional y el régimen jurídico de las dos formas de coordinación.

Esta delimitación conceptual parte de una idea central. En la coordinación en materia de sanidad hay dos fundamentos diferenciados. De un lado, las situaciones de urgencia o de concurrencia de una justificación específica (art. 65 LCO) y, de otro, la función de coordinación convencional sobre el SNS que se contiene en la regulación del CISNS. Se trata de la misma actividad, coordinación, pero opera sobre fundamentos, ámbitos y materias diferenciadas.

Con carácter previo podríamos indicar que la función prevista en el artículo 65 de la LCo opera sobre un ámbito más amplio que el competencial del SNS y llega a materias de salud pública no incluidas explícitamente en él, pero, en razón a esto, solo opera cuando se da una situación de anormalidad o de patología social que lo justifique. Esta consideración nos exige, por tanto, analizar, en primer término, el título habilitante del artículo 65 de la LCo.

5.1 La coordinación ejecutiva derivada de una situación de urgencia

Para centrarnos en las que se han venido a denominar como “coordinadas” y que, como hemos visto son aquellas que se reserva la AGE en supuestos tasados parece razonable analizarlas partiendo para ello de su propia presentación.

Podemos extraerla de cualquiera de los Acuerdos adoptados por el CISNS. Así, como ejemplo, en uno de los dictados durante el año 2021 se puede encontrar la siguiente justificación:

«...En atención a todo lo expuesto, de conformidad con el artículo 65.2.c) de la Ley 16/2003, de

28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, el artículo 151.2.a) de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, del Régimen Jurídico del Sector Público, así como el artículo 24 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, el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, acuerda...».

Esto nos permite indicar que la función de coordinación se ha sustentado en la doble columna de la LCo (art. 65) y de la normativa de relaciones administrativas común que se plantea en la LRJSP.

A) Régimen jurídico

Como hemos señalado el régimen jurídico de estas actuaciones, previstas en el artículo 65, de la LCo, opera, a su vez, de una forma heterogénea. En los supuestos de “normalidad”, la función de la AGE es adoptar las medidas que procedan “previo” acuerdo del CISNS y, en todo caso, con audiencia de las Comunidades directamente afectadas.

Este régimen jurídico es complejo porque siempre la duda de si el órgano de la AGE está vinculado por los términos del acuerdo del CISNS y, por tanto, si puede introducir modificaciones, ampliaciones o matizaciones a aquel. En los términos en los que está formulado parece que el acuerdo del CISNS es condición previa y determinante de la actuación de la AGE ya que lo razonable sería indicar, sino que la actuación del órgano colegiado es de informe o de participación sin necesidad de centrarlo en los términos del acuerdo.

Al lado de esto, la AGE puede actuar directamente en los supuestos de urgente necesidad. En este caso, 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 y con un margen meramente informativo sin capacidad de opinar ni de expresar el conocimiento de la materia salvo, claro está, el simbólico acuse de recibo.

Con carácter general podemos, por tanto, señalar que esta habilitación parte como presupuesto de hecho de que se den algunas de las causas que pasamos a analizar en el punto siguiente. Cuando concurren puede, a su vez, producirse con urgencia o sin ella. Si es con ella, el órgano administrativo

actúa por su cuenta y da cuenta al órgano de cooperación y, si no, pues insta el acuerdo del CISNS y, posteriormente, adopta el acuerdo.

B) Delimitación material

Desde una perspectiva material, afecta o debe tener cobertura en alguno de los siguientes supuestos:

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.

Estos dos supuestos operan, como venimos insistiendo, en su condición de presupuestos comunes. O concurren o no cabe ninguna de las actuaciones del artículo 65. Concurriendo se produce una segunda valoración: urgencia o no de las medidas. Eso determina la utilización de uno u otro de los procedimientos previstos en el artículo 65 de la LCo.

Lo que sí debe quedar claro es que el artículo 65 enlaza- en la actualidad- con el concepto de salud pública que establece la LGSP.

En la aplicación del precepto hay diversos y sucesivos elementos de interpretación: a) el primero, claro está, es que la AGE tiene que considerar que se trata de un asunto de urgente necesidad. La urgencia es un concepto jurídico indeterminado que se conforma materialmente mediante la motivación y la justificación de que existe una situación de carácter extraordinario; b) La determinación de que dicha situación es de especial riesgo para la salud pública. Aquí, se acude al concepto más estructural y más macro de la “salud pública” y no de la asistencia sanitaria; c) Que la actuación sea consecuencia de una obligación internacional – concepto en el que incluimos al ámbito comunitario- y que el objetivo de la intervención sea la homogeneidad aplicativa de la normativa internacional.

Esto nos permite indicar, por tanto, que cabe un control sobre la declaración de actividades coordinadas – especialmente en las de urgencia- que se centra: primero, en la propia declaración de urgencia. Siendo la característica de la actuación una especie de asunción competencial de aquello que, en condiciones de normalidad, correspondería a otras Administraciones, no queda más remedio que indicar que la urgencia es, necesariamente, de utilización restrictiva especialmente, cuando la participación final

del CISNS se sustituye por la del propio órgano de la AGE.

Segundo, la habilitación funcional se refiere a la salud pública. Este concepto, en la actualidad, hay que entenderlo referido a lo establecido en el apartado 2 del artículo 1º de la LGSP que lo identifica en la siguiente forma: «...La salud pública es el conjunto de actividades organizadas por las Administraciones públicas, con la participación de la sociedad, para prevenir la enfermedad así como para proteger, promover y recuperar la salud de las personas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo y mediante acciones sanitarias, sectoriales y transversales...».

Esto nos permite indicar que existe la posibilidad de utilizar este mecanismo de “actividades coordinadas” tanto en la prevención de la enfermedad como en la protección de la salud y que puede afectar a medidas sanitaria, sectoriales o transversales.

Tercero. El tercer elemento de control, referido a la actuación en el marco del cumplimiento de obligaciones internacionales es que, materialmente, las mismas precisen de un factor de homogeneidad que no pueda conseguirse por la vía ordinaria.

Nos encontramos, de nuevo, ante una justificación que exige concurrencia de causas: a) que se trate de obligaciones internacionales; b) que precisen factor de homogeneidad que no pueda conseguirse por otra vía; y, finalmente, sobre ambas que se declare o no la urgencia en los términos comunes a los que nos hemos referido.

C) La ejecución.

La declaración de actuaciones coordinadas obliga a todas las partes incluidas en ella. De esto podemos deducir, por tanto, que se trata de un elemento, de una relación obligatoria. El concepto obligatoriedad es confuso en el plano ejecutivo porque lo determinante no es, únicamente, que sea obligatorio, sino que sea ejecutiva desde que lo dicta la AGE. No debería constituirse como una obligación que exija intermediación en la ejecución porque entonces el factor urgencia perdería todo el sentido.

La siguiente cuestión es la de dilucidar, materialmente, en qué puede consistir la acción coordinada. En este punto podemos indicar que el artículo 65 opta por una enumeración que, en su propia delimitación y en el marco de actuación, señala algunas formas de incidencia precedida de un “entre todos” que denota la formulación abierto del legislador. Los mecanismos, expresamente, indicados son los siguientes:

- 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.

Si hacemos un análisis de las materias o de los mecanismos e instrumentos a los que se refiere la LCo podemos tener claro que, desde la a) a la d) se trata de actuaciones de “baja intensidad” - que realmente se sitúan más en el plano preventivo - al que nos hemos referido- que reparador. De igual manera podríamos decir que no afectan a ámbito periféricos respecto del núcleo central de la actuación reparadora de la salud.

Esta consideración nos permite ahondar más en la cuestión y señalar algunas características que ubican la función coordinada en la definición que hace el artículo 71 de la LCo.:

- a) Inexistencia de una ordenación funcional ejecutiva que permita a la AGE la adopción de medidas de ejecución de carácter directo.
- b) Inexistencia de una organización propia, suficientemente relevante, que permita el ejercicio autóctono de la función al margen o como complemento de la actividad realizada en los subsistemas de salud.
- c) Indeterminación real de las formas de ejecución.

Pasamos a analizar con algo más de detalle los apartados que acabamos de identificar:

- a) Inexistencia de una ordenación funcional ejecutiva que permita a la AGE la adopción de medidas de ejecución de carácter directo

Anteriormente hemos señalado que uno de los elementos centrales del diseño interadministrativo es la ausencia de mecanismo de ejecución y de coercibilidad salvo la referencia genérica a la posibilidad

de intimar la declaración de inejecución en el ámbito jurisdiccional y, eventualmente, de conseguir el cumplimiento de la sentencia que, en su día, se dicte. Esta vía es, ciertamente, muy sencilla y válida cuando no estamos en una situación de emergencia, pero esencialmente incompatible con ésta cuando concurre.

Con carácter general podemos indicar que la función coordinada – la señalada en el artículo 65 LCo- es, formalmente, hablando una actuación declarativa, llamada – como venimos repitiendo- a ser ejecutada por los órganos naturales (la AGE y las Comunidades Autónomas según la respectiva materia) en el plano competencial respectivo y carente, por tanto, de un sistema propio de dirección y ejecución sobre los medios materiales y humanos que se precisaren para el cumplimiento de “lo coordinado”.

En este sentido podemos señalar que, más allá de las referencias cosméticas que los medios de comunicación y la información nos han presentado, la idea de “mando único” en el sistema diseñado carece de elementos esenciales en derecho para mostrar su eficacia y especialmente de elementos como son la capacidad de coerción, sustitución o asunción de las competencias. La norma no prevé que la coordinación pueda permitir que los delegados de la Administración General del Estado ordenen o dirijan los subsistemas de salud ni ninguno de los órganos que componen los mismos. Solo en aquellos supuestos en los que tal condición vaya unida a poderes excepcionales- por ejemplo- en el marco de una declaración de alarma podría considerarse que existe alguna aproximación a este concepto de centralización de la función directiva, pero es cierto, igualmente, que el tiempo ha demostrado que la operatividad final de la centralización – aun en el estado de alarma- no produce el efecto deseado. Apurando aún más el argumento podríamos decir que no existe una capacidad de ordenación jerárquica de la Administración General del Estado sobre los sistemas territoriales ni sus responsables. La conexión no está planteada en términos de jerarquía y, por tanto, ni cabe la ordenación directiva ni cabe – naturalmente- el ejercicio de competencias derivadas del incumplimiento de la primera.

Se trata, por tanto, de una habilitación que opera en el ámbito material pero no en el ejecutivo y que precisa de la cooperación o de la colaboración o de la lealtad o de la obediencia – cualquiera de los planos tiene consecuencias jurídicas diferenciadas- de los “mandos naturales” de los subsistemas para ser efectivo.

Desde la perspectiva de la coercibilidad podemos añadir, además, que el incumplimiento de las

actuaciones en este ámbito tiene un encaje muy complejo en el artículo 57 del LGSP y solo un potencial reflejo en tipos genéricos como “La realización de conductas u omisiones que produzcan un riesgo o un daño muy grave para la salud de la población” o, incluso, “El incumplimiento, de forma reiterada, de las instrucciones recibidas de la autoridad competente, o el incumplimiento de un requerimiento de esta, si este comporta daños graves para la salud...». Se trata de tipos infractores lo suficientemente amplios como convertirse en una duda importante en la capacidad de coadyuvar a la coerción de las medidas que se dicten en este ámbito cuando afecta a subsistemas en los que la configuración competencial interna hace complejo la identificación del verdadero culpable. En todo caso, que exista una potencial sanción para la persona física que desarrolla una actividad directiva en una parte del sistema no permite la ejecución real sino eventualmente la sanción del responsable del incumplimiento.

Reconstruir, artificialmente, una competencia ejecutiva respecto de organizaciones que tienen su propia ordenación y estructura que opera con autonomía propia y responde, en términos políticos en ámbitos diferentes al que se identifica con las actividades coordinadas no es la mejor forma para que las decisiones tengan un efecto ejecutivo real y perceptible.

En este esquema la función coordinada, salvo cuando se refiera a medios propios de la Administración General del Estado, se presenta absolutamente necesitada de la cooperación de los subsistemas sanitarios siendo verdaderamente complejo encontrar un mecanismo de dirección explícito o de coercibilidad en términos jurídicos que permitan asegurar que las actuaciones tienen una implantación real y ejecutiva.

- b) Inexistencia de una organización propia, suficientemente relevante, que permita el ejercicio autóctono de la función al margen o como complemento de la actividad realizada en los subsistemas de salud.

Sobre esta cuestión no merece la pena insistir ya que, en realidad, es la consecuencia operativa, de carácter alternativo, a lo que señalábamos en el apartado anterior en relación con la carencia de instrumentos de carácter ejecutivo o directivo. Ni hay capacidad de dirigir o implementar las medidas con los medios de los subsistemas – salvo que colaboren- ni tampoco, hay capacidad de sustituirlos porque la Administración General del Estado carece de medios, de infraestructuras y de profesionales que aseguren, sin el concurso de los sistemas territoriales de salud, prácticamente ninguna medida que se adopte y que tenga una proyección de ejecución real.

La historia reciente ha dejado claro que ni siquiera la función ejecutiva en aspectos relativos a la información ha sido posible reconducirla ante una crisis sanitaria y que, realmente, ha costado bastante ser capaces de proyectar una mínima organización de los aspectos puramente informativos.

En todo caso y como presupuesto, lo que debe quedar claro es que la capacidad de sustitución o asunción con medios propios de la Administración General del Estado de ámbitos funcionales operativos es, en el momento presente y después de la descentralización territorial y la creación de sistemas propios de salud, prácticamente una utopía.

Finalmente, y por lo que se refiere al apartado e) que habíamos extraído del ámbito de las consideraciones anteriores podemos recordar que admite «... e) Activación o diseño de planes y estrategias de actuación para afrontar emergencias sanitarias...». Fácilmente puede verse, en su propia enunciación, que se trata de una función o de una competencia en el ámbito de la planificación de los objetivos pero que está limitada en su capacidad de ejecución. Pueden activarse programas o planes que determinan una actuación coordinada o si se quiere común, pero que carece de función ejecutiva lo que reconduce el problema a que la misma sea asumida por sus órganos naturales en el marco de la distribución de competencias.

c) Indeterminación real de las formas de ejecución.

Centrados ya en el plano jurídico cabe indicar que un acto de la Administración General del Estado – en actuación coordinada- tiene problemas de ejecución porque existen mecanismos complejos para la coerción.

Analicemos algunos mecanismos:

- El requerimiento previo del artículo 44 de la Ley de la Jurisdicción contencioso-administrativa (LJCA en adelante).

Un supuesto de inacción ejecutiva o de oposición material podría tener encaje en el artículo 44 de la LJCA cuando señala los requisitos de los litigios entre Administraciones Públicas y determina que: «... 1. En los litigios entre Administraciones públicas no cabrá interponer recurso en vía administrativa. No obstante, cuando una Administración interponga recurso contencioso-administrativo contra otra, podrá requerirla previamente para que derogue la disposición, anule o revoque el acto, haga cesar o modifique la actuación material, o inicie la actividad a que esté obligada...».

El supuesto de falta de colaboración podría situarse en el marco de revocación o modificación de la actuación material o el inicio de la actividad a que esté obligada.

No hace falta indicar, sin embargo, que la necesidad de judicializar la acción para reponer o para cumplir introduce unas dinámicas de tiempo que, ciertamente, no son compatibles con el fundamento de estas que, como se ha visto, se centran en la urgencia.

- La inacción prevista en el artículo 29 de la LJCA

En el mismo plano al que nos venimos refiriendo, esto es, el plano judicial podemos plantear la posibilidad de que resultara de aplicación el artículo 29.1. de la LJCA cuando señala que «... 1. Cuando la Administración, en virtud de una disposición general que no precise de actos de aplicación o en virtud de un acto, contrato o convenio administrativo, esté obligada a realizar una prestación concreta en favor de una o varias personas determinadas, quienes tuvieran derecho a ella pueden reclamar de la Administración el cumplimiento de dicha obligación. Si en el plazo de tres meses desde la fecha de la reclamación, la Administración no hubiera dado cumplimiento a lo solicitado o no hubiera llegado a un acuerdo con los interesados, éstos pueden deducir recurso contencioso-administrativo contra la inactividad de la Administración...».

Se trata más que de una alternativa al supuesto previsto en el apartado anterior de una concreción específica de la pretensión a ejercer. Desde esta perspectiva las consideraciones sobre el efecto temporal del título ejecutivo son las mismas que las indicadas en el apartado anterior.

- Especificidades en los supuestos de declaración de alarma

Las consideraciones que se han hecho en los apartados anteriores se refieren a las situaciones de urgencia en general y tengan o no un encaje en alguna categoría jurídica adicional. Este sería el caso de que las actuaciones coordinadas se dictaran en un supuesto de declaración de alarma como consecuencia, a su vez, de una crisis sanitaria en los términos indicados en el artículo 4º b) de la Ley Orgánica 4/1981, de 1 de junio, de los estados de alarma, excepción y sitio.

En este supuesto, los efectos serían los previstos en el artículo 10 de la indicada Ley Orgánica 4/1981 cuando señala que:

«... Uno. El incumplimiento o la resistencia a las órdenes de la Autoridad competente en el estado de alarma será sancionado con arreglo a lo dispuesto en las leyes.

Dos. Si estos actos fuesen cometidos por funcionarios, las Autoridades podrán suspenderlos de inmediato en el ejercicio de sus cargos, pasando, en su caso, el tanto de culpa al juez, y se notificará al superior jerárquico, a los efectos del oportuno expediente disciplinario.

Tres. Si fuesen cometidos por Autoridades, las facultades de éstas que fuesen necesarias para el cumplimiento de las medidas acordadas en ejecución de la declaración de estado de alarma podrán ser asumidas por la Autoridad competente durante su vigencia...».

En este supuesto se prevén dos medidas de mayor utilidad: a) la de sanción individual conforme a lo dispuesto en las leyes, cuestión que, por otro lado, ha sido objeto de una amplia controversia en los últimos tiempos porque la remisión a las leyes que procedan no es sencilla de ordenar; b) la capacidad de asunción de las competencias o facultades que las autoridades concernidas por las medidas dictadas en el ámbito de la declaración de alarma. Esta capacidad no es realmente sencilla y apenas tenemos precedentes cuando se trata de Administraciones diferenciadas. La sustitución de un colectivo por otro con habilidades suficientes se ha producido en la primera declaración del estado de alarma, pero es cierto que, en este supuesto, no existía una relación jerárquica y que la sustitución fue completa en su propia condición (con la militarización) y en la delimitación de la escala de mando²⁹. Estos procedimientos aseguraban un funcionamiento y unas consecuencias en los

supuestos de desatención que no son fácilmente extrapolables fuera de este esquema.

- A modo de conclusión

El esquema de actuaciones coordinadas, específicamente, las dictadas en los supuestos de urgencia puede considerarse bien delimitado, pero tiene un problema evidente de ejecución. Los actos y disposiciones que pudieran dictarse en este ámbito precisan de una ejecución material que no puede diferirse a la intimación actuación de los órganos jurisdiccionales y que, desde otra perspectiva, no puede tampoco abandonarse a la buena fe de las Administraciones Públicas compelidas a su cumplimiento.

Hace mucho tiempo que, en materia de relaciones interadministrativas, llegamos a la conclusión, por más que, primero, fuera obra de la jurisprudencia constitucional y posteriormente, la propia ley, abundan en la idea de la lealtad recíproca como elemento de cohesión final sin la que la implantación y la operatividad real de las propias relaciones interadministrativas queda muy lejos de ser clara.

Por tanto, si algo se ha podido llegar a aprender en esta situación de emergencia sanitaria que estamos pasando es, precisamente, la falta de efectividad real, en el plano operativo, de los mecanismos y planes que corresponda a la AGE para la subvención de la situación de emergencia.

5.2 La coordinación proyectiva o de diseño común

A) La función de coordinación en el ámbito de la AGE

El artículo 65 de la LCo admite, como venimos repitiendo, una actuación de la AGE (Ministerio de Sanidad) que opera en los supuestos previstos en el mismo pero que no está amparada en una situación de urgente necesidad. En este supuesto, la actuación del Ministerio viene precedida de un acuerdo del CISNS, tiene que estar justificado en las mismas causas que hemos indicado (especial riesgo o alarma para la salud pública u obligación internacional con necesidad de ejecución homogénea) y, de nuevo, se mueve en la vinculación sobre la lista de actuaciones que se contienen en el precepto consideradas en forma abierta y no excluyente de cualquier otra.

Se trata, en esencia, de articular planes, programas o estrategias o de activar el funcionamiento de servicios de información o estándares de salud que

²⁹ Recuérdese en este punto que el artículo 6 del Real Decreto 1673/2010, de 4 de diciembre, por el que se declaraba el estado de alarma para la normalización del servicio público esencial del transporte establecía en el artículo 6 que «... El Jefe de Estado Mayor del Ejército del Aire y las autoridades militares que designe adoptarán las decisiones pertinentes en cumplimiento de lo que dispone el artículo 3 del presente real decreto...». Esta determinación se entendía más claramente con lo dispuesto en el artículo 3 cuando señalaba que «... En virtud de lo dispuesto en los artículos 9.Uno y 12.Dos de la Ley Orgánica 4/1981 en relación con el artículo 44 de la Ley 48/1960, de 21 de julio, sobre Navegación Aérea, todos los controladores de tránsito aéreo al servicio de AENA pasan a tener, durante la vigencia del Estado de Alarma, la consideración de personal militar a los efectos de lo previsto en el artículo 10.Uno de la citada Ley Orgánica y en consecuencia, quedan sometidos a las órdenes directas de las autoridades designadas en el presente real decreto, y a las leyes penales y disciplinarias militares, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 8.5 de la Ley Orgánica 13/1985, de 9 de diciembre...».

procede de la función de coordinación y que se diferencia, por tanto, de la actuación de coordinación que corresponde al CISNS

B) La coordinación en el seno del CISNS

Nos hemos referido a las competencias que, expresamente, señala el artículo 71 de la LCo y que configura un marco expreso de coordinación cuya competencia es del CISNS. Su ubicación en este momento es para que quede claro que la atribución de competencias de coordinación procede de un doble título atributivo.

VI. LAS PROPUESTAS DE MEJORA

Realmente el conjunto de determinaciones que acaban de hacerse marca dos planos evidentes de mejora.

El primero, la identificación real del ámbito material de coordinación. Esta labor no puede efectuarse por la técnica sino por la materia. Este es el primero de los elementos que debemos tener en consideración. Es preciso, y la línea conductora de este trabajo trata de demostrarlo, determinar, con mayor precisión, cuál es el ámbito de la salud pública y cual el del ámbito o la actuación sanitaria como un elemento central de aquella pero que no tienen una correspondencia mimética de carácter material ni conceptual. Las previsiones en materia de salud pública tienen un componente más general y permiten las denominadas políticas transversales o las políticas de higiene, salubridad o las derivadas de crisis epidemiológicas que no son elementos incluidos – directamente- en la política de asistencia sanitaria.

Por tanto, esto nos permite diferenciar entre la actuación de la Administración General en el ámbito de la salud pública y la que corresponde en el ámbito estrictamente sanitario. De la primera puede decirse, como hemos visto, que no ha sido una política real en la historia postconstitucional ni por la apreciación de su necesidad ni por el desarrollo e implementación de la LGSP. La consecuencia ha sido, por tanto, evidente: la fragmentación y los modelos propios son los que han realizado su función o, por decirlo, en otros términos, los que han ocupado el campo natural de desarrollo.

Esta actuación de coordinación está configurada en la LCo y, de alguna forma en la LGSP, como una actividad para las situaciones de urgencia, emergencia o de dificultad – de un lado (el que se representa por la LCo) y, de otro, en la búsqueda de elementos de salud en las políticas generales de prevención de

la enfermedad y de colaboración en la defensa de la salud – lo que representa la LGSP-.

En esta línea cabe indicar que, dentro de este marco los bienes jurídicos protegidos presentan elementos diferenciales ya que, mientras en uno (LCo) es la urgencia el elemento central, en otro (LGSP) es la concepción global y la proyección sobre un conjunto de políticas no específicamente sanitarias, el elemento determinante.

Esta diferenciación nos permite indicar que es necesario encontrar un marco diferencial para la actuación de la AGE cuando deriva de una emergencia de salud que afecta al conjunto del Estado, de los supuestos de planificación y proyección sobre políticas horizontales o transversales. La diferenciación del marco de actuación exige, claro está, matices.

Así, podemos señalar, que cuando el elemento determinante es la urgencia la actuación AGE debe definirse sin excluir formas que aseguren la efectividad y, por tanto, sin excluir mecanismos directos de ejecución.

Frente a esto, la colaboración o la afección a las políticas generales en la capacidad de afrontar la mejor de la salud de la población precisa coordinación, pero no -necesariamente- proyección sobre las actividades de ejecución. Lo característico de este ámbito es que, probablemente, encuentra un mal encaje en el CISNS por su propia naturaleza, por afectar a políticas que no necesariamente pasan por la competencia de aquel y porque la visión (se quiera o no del CISNS) es, esencialmente, de asistencia sanitaria y no de políticas de prevención o coadyuvadoras de la potenciación de la salud al margen o como complemento de la propia asistencia sanitaria. Este es uno de los elementos más evidentes: la insuficiencia real del marco de relación interadministrativa que se ha establecido y que condiciona su propia operatividad.

Por tanto, estamos ante una necesidad evidente: la clarificación del ámbito de actuación. Todos los compromisos y debates del Congreso parecen insistir en la línea de la inoportunidad de no haber desarrollado el modelo de la LGSP y, como consecuencia, de la implementación real de una política en la materia. De hecho, todo apunta a la creación de la Agencia Estatal de Salud Pública como el órgano administrativo que debe impulsar las políticas comunes y las formas de proyectarlas sobre el conjunto de los sistemas. Es probable, por tanto, que este sea uno de los elementos más evidentes y necesarios de impulso: el desarrollo de una política de salud pública estatal y la conformación, respetuosa con el marco de competencias horizontal y

vertical- propio de un Estado de clara conformación descentralizada.

Este desarrollo deberá determinar si la actividad de la Agencia es, únicamente, de diseño proyección material sobre el resto de las políticas con incidencia en la salud y, como consecuencia, en el ámbito territorial de ejecución de cada una de ellas o si, adicionalmente, se convierte en un instrumento de lucha contra la emergencia en línea con lo que hemos denominado como “actividades coordinadas”. La opción, que tendría el efecto de diferenciar nítidamente, el agente responsable es mantener en el Ministerio las actuaciones coordinadas y remitir a la Agencia las funciones de diseño, planificación e implementación del resto de políticas de salud cuando no están justificadas por razón de emergencia.

Sea como fuere, esta circunstancia exige o bien la creación de un órgano de relaciones interadministrativas diferenciado o bien la clarificación de las competencias que corresponden al CISNS en materia de salud pública y de sanidad asistencial.

Por tanto, nos movemos, hasta aquí, en la necesidad de diferenciar las políticas de salud pública de las de asistencia sanitaria, de determinar la forma y la organización administrativa que se sitúa en la ejecución de las políticas de salud y, en consecuencia, de diferenciar el título justificativo y la alteración de este por su propia intensidad (emergencia).

A partir de este esquema y en un segundo gran bloque, en gran medida común a las diferentes categorizaciones que hemos indicado, es la necesidad de repensar el modelo de ejecución. Cuando se aborda esta cuestión parece que el proponente está pensando siempre en la recentralización competencial. No es este el caso, no parece razonable considerar que todos los problemas que se han apuntado se solventan – hoy- con la recentralización entre otras cosas porque la recentralización sin medios para la ejecución sustitutoria es, literalmente hablando, un brindis a la melancolía. Tampoco es solución la duplicación eventual de medios para cubrir la actuación de emergencia como sistema. En una visión de conjunto resulta evidente que se trataría de una solución ineficaz y duplicativa del coste.

No siendo este, por tanto, el plano de situación de la solución es lo cierto, sin embargo, la necesidad de analizar los términos de la ejecución, especialmente, cuando afectan a una situación de emergencia que no admite la que hemos denominado intimación judicial fruto del control del mismo orden que por razones evidentes de carácter temporal, no permite convertirse en la solución a la cuestión planteada.

Dar el paso a la ejecución de medidas es, en el marco del estado constitucional, una operación compleja que nos sitúa en la necesidad de la diferenciación de los ámbitos de las actuaciones materiales que pueden tener cobertura en esta actividad ejecutiva.

Situados en este plano cabría diferenciar entre:

- a) Actos o disposiciones, dictados en razón a la emergencia, que permiten la ejecución inmediata.

En este plano de la ejecución pasan necesariamente por dos medidas: - la ejecución subsidiaria a costa del incumplidor. Se trata de una primera que, por otro lado, no es extraña en el ámbito administrativo porque está prevista en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. La idea, por tanto, sería que las “actuaciones coordinadas derivadas de la emergencia” que no fueran ejecutadas por el órgano competente en el tiempo y en la forma que determine la propia medida o actuación permitan incluir en el marco del artículo 65 de la LCo la capacidad de ordenar la ejecución subsidiaria con imputación de los costes al órgano que materializa la inejecución.

Desde otra perspectiva, la capacidad de que exista o un régimen sancionador específico, más detallado que el que hemos considerado en una visión general, y que los responsables del incumplimiento pudieran ser sujeto pasivo de una sanción. No es el momento de incidir o ahondar más en el régimen sancionador aunque sí puede decirse que el reproche económico, de carácter personal (multas) es, sin duda, el elemento nuclear de la actuación. Se trata, en esencia, de trasladar la responsabilidad del esquema orgánico al puramente personal en línea de lo que, por ejemplo, hace ya la LJCA cuando obliga a señalar personalmente el responsable de la ejecución de una resolución judicial.

Finalmente, podría también plantearse que con un instrumento legal de suficiente rango se atribuyera a la AGE en estas situaciones de emergencia la capacidad de intimar el cumplimiento forzoso con medias como la multa coercitiva que no forman parte del régimen sancionador pero que admiten la incidencia en la esfera de disposición para intentar el cumplimiento de una resolución que deba llevarse a efecto.

- b) Ejecución de planes o programas que, conforme a las técnicas específicas de relación interadministrativa exijan o justifiquen la intervención ejecutiva.

Este terreno es, claro está, menos simple que el que se proponía en el apartado anterior. Controlar la ejecución de planes o proyectos comunes por una de las partes es, en términos constitucionales, más complejo.

En este punto cabría plantear la posibilidad de que los desacuerdos – de interpretación o de inacción- pudieran ser sometidos a un órgano imparcial que declare e intime la ejecución de las propias resoluciones en la materia.

Esta solución podría operar con carácter preprocesal y al margen de la utilización de los mecanismos judiciales a los que nos hemos referido, incluso, con la posibilidad de suspensión de los plazos estrictamente procesales.

La idea, por tanto, es la creación de un órgano de arbitraje institucional al que pudieran corresponder la declaración y ejecución de las medidas relativas a la ejecución (por acción u omisión) de los compromisos asumidos en el ámbito de la coordinación administrativa.

Es evidente y no se puede obviar que la esencia y el acierto de una medida como esta estará siempre condicionada por la fórmula orgánica elegida para este arbitraje institucional. En este momento podemos únicamente indicar que pluralidad e independencia son los elementos sin los que el sistema no funcionaría y, claro está, vivimos un momento en que ambas características se presentan como complejas para cualquier tipo de acuerdo.

Siendo conscientes de este problema cabría plantearse la posibilidad de que la fórmula elegida tuviera una dependencia orgánica del Senado como cámara de representación territorial y, potencialmente, ajena a las vicisitudes diarias de la vida política.

El panorama al que, sucintamente, nos acabamos de referir se ubica, como hemos planteado al principio en un marco más propio del sistema de salud que del sistema sanitario. En este ámbito cabe indicar que la necesidad de la coordinación proviene, en esencia, de su configuración en red y de la necesidad de que los sistemas de ejecución no impidan el disfrute del derecho en todo el territorio nacional.

Esta función de coordinación tiene tintes más comunes a las que se producen en el ámbito del resto de ámbitos sectoriales en los que es preciso establecer medidas de relación o de proyección de elementos comunes de una determinada política. Su ubicación en el CISNS es acertada, su materia razonablemente delimitada en la norma y, por tanto, el

tema central es el relativo a las medidas. El modelo real – frente al modelo teórico diseñado en la LCo- es más de medidas operativas y puntuales que de coordinación por medio de la planificación conjunta. Esto justifica que, a lo mejor es el momento, de repensar el modelo planificación no para abdicar de él sino para reconducirlo a una posibilidad que no obste la materialización de la función de coordinación por otras actuaciones de carácter material.

Es probable, no obstante, que la situación que estamos viviendo, haya implementado en la realidad este esquema y que, por tanto, su conformación legislativa no haga más que representar el modelo real.

VII. BIBLIOGRAFÍA

- ALABERT LÓPEZ, Marc; ARBUSSA REIXACH, Anna y SAEZ ZAFRA, Marc: “Colaboraciones interadministrativas en la gestión de la salud pública en municipios menores de 10.000 habitantes”, *Gaceta Sanitaria*, Volumen 30, núm. 6, 2016.
- BELTRAN AGUIRRE, Juan Luis: “Anotaciones a la Ley de cohesión y calidad del sistema nacional de salud”, *Derecho y salud*, Vol. 11. núm. 2, 2003.
- FERNÁNDEZ MONTALVO, Rafael: *Relaciones interadministrativas de colaboración y cooperación*. Marcial Pons, Madrid 2000.
- INSTITUTO DE REFORMAS SOCIALES: 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, Madrid 1906.
- JIMÉNEZ-BLANCO CARRILLO DE ALBORNOZ, Antonio: “Organización administrativa y relaciones interadministrativas”, *Documentación Administrativa*, Nueva Época, núm. 2, 2015.
- MARTÍNEZ LÓPEZ-MUÑIZ, José Luis: “Cooperación y subsidiaridad intermunicipal”, *Revista de Estudios de la Administración y Autonomía*, núm. 302, 2006.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL: *Jornadas sobre Coordinación General Sanitaria*, Madrid, 1989.
- MUÑOZ MACHADO, Santiago: *La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos*, Alianza, Madrid 1995.

PALOMAR OLMEDA, Alberto y VÁZQUEZ GARRANZO, Javier: La protección de la salud: la necesidad de recomposición del sistema (Lecciones aprendidas durante la pandemia y propósito de enmienda), Editorial Thomson-Aranzadi, Cizur Menor (Navarra) 2021.

PAREJO ALFONSO, Luciano: “Notas para una construcción dogmática de las relaciones interadministrativas”, Revista de Administración Pública, núm. 174, 2007.

PEMAN GAVIN, Juan María: “El derecho a la salud como derecho social: desarrollos recientes desde la perspectiva internacional y en el derecho comparado”, Revista de Administración Pública, núm. 179, 2009.

- “El derecho constitucional a la protección de la salud”, Revista Aragonesa de Administración Pública, núm. 34, 2009.
- “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, núm. 71, 2005.
- “Sanidad Local”, Anuario del Gobierno Local, núm. 1, 1996.

PÉREZ GÁLVEZ, Juan Francisco: Comentarios al Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de Salud, Bosch, Barcelona 2004.

- “Aproximación metodológica y conceptual a los centros, servicios y establecimientos sanitarios”, Revista Andaluza de Administración Pública, núm. 47, 2002.

SALA ARQUER, José Manuel, y VILLAR ROJAS, Francisco José: “Análisis de la cooperación en un sector determinado. La sanidad pública”, Derecho y Salud, Vol. 10, núm.1 2002.