

En recuerdo de **JOSÉ MANUEL MERINO CRUZ**

Nuevamente dedicamos la cabecera de la revista *Derecho y Salud* a insertar una noticia triste para los miembros de la Asociación Juristas de la Salud. Recientemente se produjo en Valencia el fallecimiento de José Manuel Merino Cruz.

José Manuel fue uno de los miembros fundadores de nuestra asociación, participando activamente en el proceso previo de su constitución y formando parte de la Junta de Gobierno de la asociación desde el comienzo de su andadura hasta el año 2000 en el que tuvo que cesar por disponer así los estatutos. Desde el primer momento y sin desfallecimiento alguno, José Manuel participó activamente en todas las reuniones de la Junta de Gobierno y en todas las actividades y congresos organizados por la asociación, aportando sus extensos conocimientos del Derecho Sanitario adquiridos en su dilatada carrera profesional en la Consejería de Salud del Gobierno de Valencia. Tanto es así que puede aseverarse que la asocia-

ción ha logrado la posición y prestigio que actualmente ostenta, gracias a profesionales trabajadores y desinteresados como lo fue él.

Pero, además de sus cualidades profesionales nucleadas en torno a una clara vocación por el Derecho Sanitario, ha de destacarse también la cordialidad y bondad que le caracterizaban como persona. Nunca tuvo actitud alguna de protagonismo ni empeño en hacer valer sus propios puntos de vista sobre el de los demás. Antes bien, fue una persona sumamente discreta, dialogante y conciliadora. Por todo ello, fue un compañero de la asociación y un vocal de su Junta de Gobierno muy querido por todos.

En nuestra memoria queda el cariño y el recuerdo de un buen profesional y un mejor amigo, que supo darnos desinteresadamente un poco de su tiempo y un mucho de su magnífica humanidad.

La Junta de Gobierno de la
Asociación Juristas de la Salud

LA IGUALDAD BÁSICA, LA COORDINACIÓN Y LA COOPERACIÓN INTERTERRITORIAL: FUNDAMENTOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Juan Luis Beltrán Aguirre
Tribunal Administrativo de Navarra
Presidente de la Asociación Juristas de la Salud

SUMARIO:

I. LAS CONDICIONES BÁSICAS DE IGUALDAD COMO BASAMENTO DE UN SISTEMA SANITARIO EQUITATIVO.

1. El alcance del título competencial del artículo 149.1.1 CE.
2. La perentoria normación de algunas “condiciones básicas de igualdad”.
3. El poder de vigilancia del Estado del cumplimiento de las “condiciones básicas de igualdad” (la Alta Inspección).
4. Equidad y condiciones básicas de igualdad: conceptos diferentes.

II. LA FUNCIONALIDAD DEL TÍTULO COMPETENCIAL “COORDINACIÓN GENERAL SANITARIA”.

1. El significado de la coordinación general sanitaria.
2. La coordinación entre iguales: su necesario asiento en un órgano mixto.

III. MECANISMOS DE COORDINACIÓN Y COOPERACIÓN ESTATALES.

1. Preliminar.
2. Órganos mixtos: el Consejo Interterritorial de Salud:
 - A. Encuadre de este órgano en los instrumentos de colaboración Estado-CCAA.
 - B. Naturaleza jurídica.
 - C. Composición, estructura y apoyo técnico-administrativo.
 - D. Funciones.
 - E. Funcionamiento, adopción y alcance de los acuerdos.
3. Sistema de información sanitaria.
4. Planes y programas sanitarios.
5. Normativa básica: la futura Ley de Calidad y Coordinación Sanitaria:
 - A. Sobre la dudosa oportunidad de esta Ley.
 - B. Propuesta de cuatro temas a incorporar y regular en la Ley.

a. Identificar los preceptos que respectivamente tienen la naturaleza de “bases” o de “condiciones básicas de igualdad”.

b. Reforzar el Sistema sanitario público universal y gratuito.

c. Desligar la asistencia sanitaria pública del Sistema de Seguridad Social.

d. Superar desigualdades territoriales y regular la financiación de desplazados.

IV. LA COORDINACIÓN Y COOPERACIÓN EN EL ÁMBITO AUTONÓMICO Y LOCAL.

1. Cooperación interautonómica.

A. Consideraciones generales.

B. Algunos ámbitos donde urge la cooperación

2. Coordinación o integración de los dispositivos de salud pública, asistenciales y sociales.

A. La coordinación o integración de los dispositivos de salud pública autonómicos y locales.

B. La integración de los niveles de atención primaria y especializada.

C. La necesaria potenciación y convergencia de la asistencia socio-sanitaria.

V. EPÍLOGO.

I. LAS CONDICIONES BÁSICAS DE IGUALDAD COMO BASAMENTO DE UN SISTEMA SANITARIO EQUITATIVO.

1. El alcance del título competencial del artículo 149.1.1 CE.

Culminada la transferencia de la asistencia sanitaria pública a las Comunidades Autónomas del artículo 143 CE, la estructura del Sistema sanitario soporta a partir del año 2002 un cambio cualitativo trascendental hasta el punto de que ahora el Sistema Nacional de Salud verdaderamente se descompone en diecisiete sistemas autonómicos de salud con toda la diversidad inherente a las propias políticas sanitarias que diseñe cada uno de ellos. Y, lógicamente, el ensamblaje y armonización de los diecisiete sistemas requiere de unas dosis de coordinación difícilmente imaginables en el contexto de la anterior organización parcialmente centralizada. Y es precisamente en razón de este nuevo marco de diversidad *versus* armonización donde porfiadamente se traen a colación como basamento ineludible de todo el Sistema sanitario la cohesión social y los principios de equidad, solidaridad y de igualdad efectiva. De ahí que el Gobierno central invoque la capacidad estatal para regular el establecimiento de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles (artículo 149.1.1 CE) en el ejercicio de los derechos previstos en los artículos 43 y 51 de la CE, y en línea con esta capacidad pretenda fijar “condiciones básicas de igualdad” y normar como otra de las funciones de la “coordinación general sanitaria” y de la Alta Inspección el de velar por el derecho de los ciudadanos a acceder en condiciones de igualdad a las prestaciones sanitarias en los distintos niveles asistenciales, y el de controlar y evaluar la correcta interpretación de las normas estatales en su ejecución por las Comunidades Autónomas, así como de las normas que emanan de las Comunidades Autónomas en su interrelación con la legislación del Estado.

Y, en efecto, la realización efectiva del principio de igualdad ha de ser promovida por los poderes públicos, correspondiendo, en concreto, al Estado la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio de los derechos constitucionales (Artículo 149.1.1 CE). Y, ciertamente, tales condiciones básicas de igualdad se predicen fundamentalmente de los derechos constitucionales de la sección segunda del capítulo II del título I (derecho de propiedad, etc.) y de los derechos de prestación del capítulo III (sanidad, seguridad social,

medio ambiente, vivienda, consumo, etc.)¹, pues son estos derechos los que requieren de leyes ordinarias, no de leyes orgánicas, y de una actitud positiva de hacer de los poderes públicos central y autonómicos, cada uno en uso de sus respectivas competencias, de cuyo ejercicio surgirán ordenamientos jurídicos diferentes con regulaciones divergentes de la respectiva materia. Es, pues, la constatación de esas hipotéticas divergencias normativas lo que impulsó al constituyente a incorporar la cautela del citado artículo 149.1.1 CE cuyo objetivo es que el Estado evite que el despliegue de las competencias autonómicas cree rupturas no tolerables (divergencias irrazonables y desproporcionadas)².

El título competencial derivado del artículo 149.1.1 CE sólo habilita para normar, no para ejecutar o gestionar, acción que corresponde a los titulares de la competencia sectorial, y no es sinónimo de legislación básica, de manera que no se mueve en la lógica de las bases estatales-legislación autonómica de desarrollo. Su objeto es el entero establecimiento de aquellas condiciones que tiendan a garantizar la igualdad en el ejercicio del derecho de que se trate. Ahora bien, ese entero establecimiento no es equivalente a una completa y acabada normación del derecho, por lo que las Comunidades Autónomas con competencia podrán aprobar normas atinentes al régimen jurídico de ese derecho. Las condiciones básicas de igualdad se predicen de los derechos constitucionales en sí mismo considerados, no de los sectores materiales en los que éstos se insertan y, en consecuencia, el artículo 149.1.1 CE sólo presta cobertura a aquellas condiciones que guarden una estrecha relación, directa e inmediata, con el derecho fundamental. (STC 61/1997, f. j. 7).

Sentado lo anterior, importa añadir que a tenor de la referida doctrina del Tribunal Constitucional no hay óbice para admitir que el título competencial de regulación de las condiciones básicas de igualdad puede aplicarse de forma complementaria con respecto a otras reglas competenciales previstas en el artículo 149.1 CE, en nuestro caso, las bases y la coordinación general de la sanidad (art. 149.1.16), es decir, cabe la utilización conjunta de ambas reglas competenciales de manera que la regla del art. 149.1.1 venga a complementar a la regla del

¹ Dice la STC 32/1983, que analiza precisamente la conexión del artículo 43 con el 149.1.1, que “el perfil que los correspondientes preceptos constitucionales dibujan de los derechos prestacionales debe ser completado con el del artículo 149.1.1 de la CE.”

² Véase la STC 61/1997, de 20 de marzo, en la que, sistematizando sus anteriores pronunciamientos, el TC fija una doctrina general delimitando negativamente y positivamente el alcance de este título competencial.

art. 149.1.16³. Pues bien, la utilización y conexión o complementación en la futura Ley de Calidad y Coordinación Sanitaria de los dos títulos competenciales a que me vengo refiriendo daría como resultado, de un lado, la normación de unas condiciones básicas de igualdad en el acceso y utilización de los servicios sanitarios, de otro, la normación de bases de la materia sanidad, y, en tercer lugar, la determinación legal de que la “coordinación general sanitaria” y la Alta Inspección tengan como función el de velar porque las Comunidades Autónomas respeten y cumplan efectivamente las normas estatales que fijen esas bases y condiciones básicas de igualdad.

No cabe, pues, plantear pegas a la normación de “condiciones básicas de igualdad” siempre que sean tales, y tampoco tengo inconveniente en que una nueva función de la Alta Inspección, incluso de la coordinación general sanitaria, actualmente no explicitada en la Ley General de Sanidad, sea el de velar o vigilar por el cumplimiento en el nivel autonómico de esas condiciones. Pero aceptado esto, también resulta inexcusable dejar bien sentado que la doctrina del Tribunal Constitucional, insistentemente declara que *el principio de igualdad de derechos y obligaciones de todos los españoles en cualquier parte del territorio nacional no puede ser entendido en modo alguno como una rigurosa y monolítica uniformidad de ordenamiento de la que resulte que, en igualdad de circunstancias, en cualquier parte del territorio nacional, se tienen los mismos derechos y obligaciones* (STC 37/1981), de tal manera que *los artículos 1, 9.2, 14, 139.1 y 149.1.1 CE, no exigen un tratamiento jurídico uniforme de los derechos y deberes de los ciudadanos en todo tipo de materias y en todo el territorio del Estado, lo que sería frontalmente incompatible con la autonomía, sino, a lo sumo, y por lo que al ejercicio de derechos se refiere, una igualdad en las posiciones jurídicas fundamentales* (STC 37/1987). Por tanto, *la igualdad de derechos y obligaciones en su aspecto interterritorial no puede ser entendida en términos tales que resulten incompatibles con el principio de descentralización política del Estado, pues ello impediría el ejercicio por las CCAA de las competencias que tienen atribuidas, ejercicio que, entre otras cosas, supone libertad para configurar una política propia en relación a dichas materias* (STC 14/1998). En suma, *las condiciones básicas hacen referencia al contenido primario del derecho, a las posiciones jurídicas fundamentales (facultades elementales, límites esenciales, deberes fundamentales, prestaciones básicas, ciertas*

³ Véase en este sentido J. PEMÁN GAVÍN, “La igualdad de los ciudadanos y autonomías territoriales”, *Civitas*, 1992, pág. 235, y recientemente M. VAQUER CABALLERÍA, “La Acción Social”, *Tirant lo Blanch*, 2002, pág. 161.

premisas o presupuestos previos). En todo caso, *las condiciones básicas han de ser las imprescindibles o necesarias para garantizar esa igualdad, que no puede consistir en una igualdad formal absoluta* (STC 188/2001).

En definitiva, se trata de estructurar un sistema sanitario armónico, coherente, solidario y equitativo, pero en el que es posible y plausible la diversidad y, dentro de una igualdad básica, diferencias jurídicas y fácticas que, directa o indirectamente, incidirán en unos mayores o menores contenidos en el ejercicio del derecho a la protección de la salud. Las condiciones básicas de igualdad que pretende garantizar la Constitución y se han de definir legalmente son o deben ser las siguientes:

a) Igual oportunidad de acceso a los servicios sanitarios públicos y privados concertados, incluso trascendiendo cuando sea necesario el ámbito territorial de la respectiva Comunidad Autónoma (urgencias, desplazados, Centros de referencia, etc.).

b) Haciendo abstracción del título asegurador, igualdad efectiva en el uso y utilización de los servicios sanitarios a los que se ha accedido.

c) Igualdad efectiva en el acceso a las prestaciones sanitarias preventivas y reparadoras incluidas en el catálogo estatal básico y común.

d) Derecho a una homogeneidad técnica predeterminada (un nivel de calidad mínimo) en los contenidos, procedimientos y administración de las prestaciones sanitarias comunes y básicas (derecho que hoy, en general, no es efectivo pues, de entrada, requiere de una regulación en normativa básica estatal mediante estándares organizativos, funcionales, asistenciales y de criterios básicos científico-técnicos, algo todavía no realizado, salvo contadas excepciones).

Finalmente, significar que, obviamente, la igualdad en el acceso a las prestaciones no alcanza a una igualdad de resultados.

2. La perentoria normación de algunas “condiciones básicas de igualdad”.

La sanidad, en cuanto actividad de los poderes públicos dirigida a organizar y tutelar la salud, trata de hacer efectivo el derecho individual a la protección de la salud proclamado por el artículo 43 CE. El contenido básico de este derecho tiene que ser igual en todo el país (artículo 139 CE) por lo que el Estado es competente para definir las condiciones básicas de su ejercicio (artículo 149.1.1 CE). En consecuencia, sobre la materia sanidad inciden las reglas 1ª y 16ª del artículo 149.1 CE. La regla

16ª será, de entrada, el precepto más específico y la regla 1ª el más genérico. Ello porque mientras esta última se proyecta de modo general sobre todos los derechos fundamentales, la primera lo hace de modo específico sobre el derecho a la protección de la salud. Ambas reglas o títulos competenciales son aptos para fijar un contenido mínimo y unitario del derecho a la protección de la salud, pero la regla 1ª habilita para incidir en el derecho a la protección de la salud desde la concreta y exclusiva perspectiva de la garantía de igualdad, y la regla 16ª habilita para incidir en el derecho desde la perspectiva del sector material en el que se inserta, que no es otro que el Sistema sanitario. Entonces, cuando se trata de regular no tanto la estructura y organización del Sistema sanitario como concretos contenidos mínimos y comunes del derecho individual a la protección de la salud, creo que, sin desplazarla totalmente, prevalece la regla 1ª sobre la 16ª, de manera que antes que “bases de la sanidad” lo que se están fijando son “condiciones básicas de igualdad” en el ejercicio del derecho a la protección de la salud.

Y es que ambas reglas se mueven en esferas distintas, cuya identificación en la mayoría de los casos no ofrece especiales dificultades. Las bases de la sanidad han de definir un modelo sanitario público y unitario para todo el Estado. Por tanto, las bases se han de referir fundamentalmente a lo organizativo, han de acoger todo lo relativo a la estructura, financiación, organización y funcionamiento armónico y coherente del Sistema sanitario. En suma, las bases han de definir un concreto modelo sanitario y, además, en razón del modelo elegido dependerá el contenido del derecho a la protección de la salud. Por su parte, las condiciones básicas de igualdad hacen referencia al contenido primario del derecho a la protección de la salud de las personas, por lo que han de servir para fijar en cantidad y calidad las prestaciones sanitario-asistenciales básicas y comunes a todos, así como para establecer los requisitos técnico-sanitarios de alimentos, servicios y productos sanitarios, de manera que se garanticen unas condiciones de calidad de las que se beneficien todos por igual. No obstante, ha de admitirse que en aquellas materias respecto de las que al Estado corresponde definir las bases, por lo que, en consecuencia, no son de la exclusiva competencia de las Comunidades Autónomas (como sí lo son, por ejemplo, las materias urbanismo o acción social), sucederá con cierta frecuencia que normas atinentes a condiciones básicas de igualdad también se inserten con naturalidad en el ámbito básico de la propia materia. En la materia que nos ocupa, el objetivo primordial de la estructuración y organización de un Sistema sanitario es organizar y garantizar prestaciones sanitarias de carácter promocional, preventivo y

restaurador de la salud. Es lógico, pues, que en algunos preceptos confluyan ambos títulos competenciales. En estos casos convendrá dilucidar qué título competencial ha de considerarse prevalente.

Las condiciones básicas de igualdad en el ámbito de la promoción y prevención de la salud⁴ y en el de la asistencia sanitaria han de contenerse fundamentalmente en un catálogo de prestaciones sanitarias comunes a todo el Sistema sanitario, que, además, predetermine un nivel de calidad mínimo de las mismas. Este catálogo básico y común⁵ ha de materializarse en una Ley estatal promulgada preferentemente en uso del título competencial del artículo 149.1.1 CE, que, como ya sabemos, no se mueve en la lógica de bases estatales-legislación autonómica de desarrollo pues su objeto es la entera normación, que por entera no admite desarrollo, de las condiciones básicas de igualdad, lo que, sin embargo, no impide a las Comunidades Autónomas, respetando esas condiciones básicas, la normación del régimen jurídico de los derechos sanitarios de que se trate, así como el establecimiento de un nivel adicional de prestaciones sanitarias.

Y, en efecto, como lógico corolario de los ya lejanos en el tiempo traspasos de la asistencia sanitaria pública a las Comunidades Autónomas históricas y asimiladas y del ejercicio de sus potestades normativas y de diseño de una política asistencial propia, éstas han promulgado diversas leyes y reglamentos en materia de prestaciones de asistencia sanitaria pública, que han completado y mejorado los niveles mínimos y comunes establecidos por la normativa básica estatal compilada, como es bien sabido, en el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero y Órdenes Ministeriales que lo han complementado. No cabía esperar otra cosa. Las Comunidades Autónomas con competencias asumidas de desarrollo legislativo de las bases y legislación básica del Estado en las materias de Sanidad y Seguridad Social, haciendo uso del título competencial sobre sanidad, promulgaron en la década de los años noventa diversas normas regulando cuestiones que inciden directamente en el ámbito de las prestaciones de salud pública y de asistencia sanitaria y de las que se derivan desigualdades subjetivas y objetivas entre los ciudadanos residentes en los distintos ámbitos territoriales autonómicos⁶. Esta normativa introduce mejoras

⁴ Las reglamentaciones técnico-sanitarias de alimentos, servicios y productos, también constituyen manifestaciones típicas de las “condiciones básicas de igualdad” en el ámbito de la prevención de la salud.

⁵ Como es de sobra conocido, actualmente se contiene en el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, dictado al amparo del artículo 149.1.1 CE.

⁶ Una exhaustiva descripción de esta normativa la hago en mi trabajo “Prestaciones sanitarias y autonomías territoriales: cuestiones en torno

cuantitativas y cualitativas en las prestaciones sanitarias, pero también incide en algunos aspectos básicos (listas de espera, voluntades anticipadas, etc.) que, como tales, deberían ser comunes para todas las personas extendiéndose a todo el territorio del Estado. Y aquí es precisa la intervención del Estado normando “condiciones básicas de igualdad”.

Pues bien, es intención del Gobierno estatal impulsar la elaboración de una Ley reguladora del Catálogo de prestaciones sanitarias, por lo que el asiento natural de las condiciones básicas de igualdad sería dicha ley. No obstante, a la vista de las desigualdades existentes en el acceso a prestaciones que debemos categorizar de básicas, desigualdades generadas por la referida legislación autonómica, resulta perentoria la complementación del catálogo de prestaciones sanitarias en esos concretos ámbitos de desigualdad, que inciden más en aspectos cualitativos que cuantitativos, conformándolos como auténticos derechos subjetivos de todas las personas y usuarios del sistema. Entonces, unida esta necesidad a la improbable posibilidad de que la referida Ley del Catálogo de prestaciones vea pronto la luz, justificarían la regulación de tales aspectos cualitativos en la Ley de Calidad y Coordinación Sanitaria, al parecer más próxima en el tiempo. Por contra, todo lo relativo al “quantum” de las prestaciones sanitarias y a la homogeneidad de sus contenidos y procedimientos, por la complejidad técnica de su regulación, sí debe quedar reservada a la futura e imprescindible Ley del Catálogo de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

Estos aspectos cualitativos, que vendrían a complementar el catálogo de derechos de los artículos 3.2 y 10 de la Ley General de Sanidad, serían los siguientes:

- La plena y efectiva universalidad y gratuidad de la asistencia sanitaria extendiéndola a todas las personas afincadas en el territorio nacional, españoles o extranjeros, con independencia de sus circunstancias personales y administrativas y desvinculándolas de los regímenes de afiliación de la Seguridad Social.

- Regular las listas de espera, tanto diagnósticas como quirúrgicas, fijando tiempos máximos para el acceso a las prestaciones y las alternativas correspondientes una vez superados los tiempos máximos, ello sin perjuicio de que las Comunidades Autónomas puedan introducir normas adicionales mejorando las condiciones fijadas en la normativa básica.

- Regulación mínima y uniforme de todo lo relativo a las voluntades anticipadas pues lo relativo al ámbito de la libertad y autonomía de la voluntad de los pacientes, sin duda, entra de lleno en las condiciones básicas de igualdad.

- Desarrollo de todo lo atinente al derecho a la información asistencial y epidemiológica, con especial atención a asegurar la complitud y veracidad de la información dada. Igualmente, garantizar el acceso a toda la documentación de la historia clínica, así como su unificación. Ello en función de la necesidad de un común denominador normativo en materia de información y documentación clínica y a la interdependencia de ciertas decisiones sobre información del paciente en todo el territorio nacional. Implantación de la Tarjeta Sanitaria con un

⁷ Por razones que no puedo desarrollar aquí con toda la extensión necesaria, pues excedería con mucho el ámbito y pretensiones de este trabajo, creo que la regulación de las voluntades anticipadas, esto es, el llamado “testamento vital”, no requiere de Ley Orgánica puesto que tal tipo de Ley, conforme a la doctrina del Tribunal Constitucional (por toda, STC 17/1998), es precisa únicamente para la regulación de manera directa o sectorial de aspectos esenciales de un derecho fundamental, mientras que la regulación de la materia sobre la que se proyecta el derecho fundamental se atribuye al legislador ordinario, estatal o autonómico. Y entiendo que la actual regulación en la legislación sanitaria de las voluntades anticipadas de los usuarios de servicios sanitarios es, en efecto, una regulación sectorial que incide en los derechos fundamentales a la libertad y autonomía personal y a la integridad física, pero que no los desarrolla de modo directo en cuanto no regla aspectos esenciales o consustanciales para la definición de estos derechos fundamentales, que es lo estrictamente reservado a la Ley Orgánica. El testamento vital se incardina con naturalidad en la carta o catálogo de derechos de los usuarios de los servicios sanitarios, siendo su funcionalidad posibilitar su renuncia anticipada a la práctica de unas determinadas actuaciones médicas. Se incide en los aspectos esenciales de los derechos fundamentales a la integridad física y a la autonomía de la voluntad cuando legalmente se impone coercitivamente un tratamiento médico (hay una limitación o restricción del contenido normal de estos derechos), pero no cuando simplemente se habilita a la persona a renunciar voluntaria y anticipadamente, no a una asistencia sanitaria conforme a la buena práctica clínica, sino solamente a unos determinados tratamientos que no son obligatorios ni urgentes (aquí no hay ampliación o mejoramiento del contenido normal y obvio de estos derechos; no se altera para nada su contenido lógico, su contenido natural, por lo que no se incide en su esencia). En línea con lo dicho, recordemos que el f. j. 2 de la STC 101/1991, insiste en que la Ley orgánica reduce su aplicación a las normas que establezcan restricciones de esos derechos y libertades o los desarrollen de modo directo, en cuanto regulen aspectos consustanciales de los mismos. Realmente, el testamento vital es equiparable en sus efectos al consentimiento expreso e informado para recibir tratamientos médicos o al derecho a rechazarlos, derechos que ya están suficientemente regulados en la Ley General de Sanidad y cuentan con abundante jurisprudencia. Pues bien, nunca, que yo sepa, se ha reclamado para ellos su regulación por Ley Orgánica. De otro lado, señalar que, en mi opinión, el testamento vital no incide en el derecho fundamental a la vida ya que la sustancia, la esencia, de las voluntades anticipadas no es querer y disponer un alargamiento artificial de la vida mediante el uso de determinadas técnicas médicas o un acortamiento de la vida proscribiendo el uso de tales técnicas, sino simplemente dejar que la naturaleza siga su curso en un contexto de buena práctica clínica. El testamento vital, en su actual regulación, nada tiene que ver con la eutanasia pasiva.

a la igualdad.” *Revista Derecho y Salud*, volumen 10, núm.1, 2002. págs. 14 y siguientes.

sistema técnicamente compatible entre todas las Comunidades Autónomas y un soporte que permita almacenar datos clínicos.

- Generalizar el derecho a la segunda opinión.

- Regular los aspectos que inciden en el derecho fundamental a la intimidad personal y familiar en su dimensión espacial y funcional y, en particular, el relativo a la habitación individual a efectos de su progresiva implantación.

- Consolidar y generalizar las llamadas "Cartas de Servicios", entendidas como normas jurídicas que regulan la calidad y procedimientos o formas de prestación de los servicios públicos sanitarios, mediante la regulación primaria de su estructura y contenidos, en particular, los relativos a los estándares de calidad⁸.

En lo referente a las voluntades anticipadas y al derecho a la información y documentación clínica, es conocido que en las Cortes Generales se está tramitando en el presente año 2002 una proposición de Ley reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y es posible que antes de que este trabajo vea la luz, dicha ley entre en vigor. De ser así, obviamente, no sería necesario incorporar a la Ley de Calidad y Coordinación Sanitarias esta concreta regulación. Esta ley estatal desplazaría a la legislación autonómica actualmente existente sobre estas cuestiones (Cataluña, Galicia, Extremadura, Madrid, La Rioja, Navarra y Aragón) que se oponga a lo regulado en la ley estatal. No obstante, esta opción del legislador de promulgar sucesivas leyes puntuales y con escasos contenidos reguladoras de temas varios pertenecientes a una misma materia, me parece criticable por cuanto implica una innecesaria proliferación de normas jurídicas generadoras de un ordenamiento jurídico cada vez más extenso, intrincado, enmarañado y difícil de manejar, incluso por los expertos en la materia. Por ello y por lo que diré más adelante me parece preferible regular

⁸ Esta regulación primaria servirá de marco para un segundo nivel estatal de regulación mediante la promulgación de sucesivas normas reglamentarias, pero de carácter básico, reguladoras de "Cartas de Servicios" sectoriales en las que se fijen estándares de calidad básicos y mínimos relativos a los contenidos y administración de las prestaciones sanitarias, atención global de los usuarios, y a la estructura, instalaciones y equipamientos. A su vez, estas "Cartas de Servicios" básicas podrán y deberán ser complementadas en el nivel autonómico con "Cartas de Servicios" para cada uno de los de servicios sanitarios específicos, de las que se derivarán auténticos derechos subjetivos de los usuarios a un determinado nivel de calidad en las prestaciones de que se trate.

todas estas cuestiones en un único texto legal: la Ley General de Sanidad⁹.

3. El poder de vigilancia del Estado del cumplimiento de las "condiciones básicas de igualdad" (la Alta Inspección).

Ya he razonado que al Estado le corresponderá velar porque se cumplan en el nivel autonómico las condiciones básicas de igualdad. Ha de ejercitar, pues, una acción de vigilancia que le permita comprobar que su legislación -tanto las normas básicas como las condiciones básicas de igualdad- es correctamente interpretada conforme a pautas uniformes y cumplida efectivamente por los poderes autonómicos.

Y justamente esta es la función primordial de la Alta Inspección. Al respecto, el Tribunal Constitucional, en su sentencia 32/1983, ya fijó el alcance de la competencia estatal de la Alta Inspección, doctrina que conviene recordar ahora: "*La Alta Inspección recae sobre la correcta interpretación de las normas estatales, así como de las que emanan de las asambleas comunitarias, en su indispensable interrelación.... Así entendida, la alta inspección constituye una competencia estatal de vigilancia, pero no un control genérico e indeterminado que implique dependencia jerárquica de las Comunidades Autónomas respecto a la Administración del Estado, sino un instrumento de verificación o fiscalización que puede llevar en su caso a instar la actuación de los controles constitucionalmente establecidos en relación con las CCAA, pero no a sustituirlos, convirtiendo a dicha alta inspección en un nuevo y autónomo mecanismo directo de control.*"

Interpretando esta doctrina, acertadamente ha precisado MUÑOZ MACHADO¹⁰ que la Alta Inspección no es una inspección sanitaria reduplicativa que tienda a comprobar si los particulares o los establecimientos cumplen la legislación sanitaria. No es un control de las actividades trascendentes para la salud, actuación inspectora que la ejercerán normalmente los órganos autonómicos competentes. La Alta Inspección sólo abarca la comprobación de que la legislación estatal se ejecute efectivamente por las Comunidades Autónomas, y para esta función no le hace falta un aparato de inspección montado "ad hoc".

⁹ No hay inconveniente técnico alguno para incorporar todo el contenido de la Ley al artículo 10 de la Ley General de Sanidad.

¹⁰ "La formación y crisis de los servicios sanitarios". Alianza Editorial, 1995, pág. 114.

Pues bien, fijado su alcance, trataré seguidamente de describir las formas de ejercer ese poder de vigilancia del Estado sobre las Comunidades Autónomas -la Alta Inspección-, poder que se ha de materializar en actuaciones administrativas concretas de información, vigilancia, y, en su caso, alguna facultad de reacción ante constatados incumplimientos. Pero realizaré tal indagación en el estricto marco -como ha dicho el Tribunal Constitucional- de los mecanismos de control constitucionalmente establecidos.

Artículo 149.1.1 CE. El Tribunal Constitucional, en su sentencia 6/1982, de 22 de febrero, ya conectó la Alta Inspección con el artículo 149.1.1 CE. Pues bien, en línea con dicha conexión cabe hacer aquí alusión a la reciente Sentencia del Tribunal Constitucional 290/2000, de 30 de noviembre, (f. j. 14) en la que advierte que si bien el alcance del artículo 149.1.1 CE es “esencialmente normativo” por referirse a la regulación de las condiciones básicas, cabe observar, sin embargo, que ninguna calificación adicional se ha agregado por el constituyente respecto a la naturaleza de tales condiciones que pueda restringir su alcance, por lo que, en definitiva, junto a la normación como aspecto esencial del artículo 149.1.1 CE las regulaciones estatales dictadas al amparo de este precepto también pueden contener, cuando sean imprescindibles para garantizar la eficacia del derecho fundamental o la igualdad de todos en su disfrute, una dimensión institucional. Y en razón de tal componente institucional, que el Tribunal Constitucional se limita a enunciar sin mayor explicación, apuntala la Agencia de Protección de Datos y admite que la derogada Ley de Regulación del Tratamiento Automatizado de Datos de Carácter Personal atribuya a dicha Agencia diversas funciones y potestades, de información, inspección y sanción, para prevenir las violaciones de los derechos fundamentales. Sin embargo, el Alto Tribunal, posteriormente, en el fundamento jurídico 13 de su sentencia 188/2001, de 20 de septiembre, insiste de nuevo en que el alcance del artículo 149.1.1 CE esta constreñido al ámbito normativo, por lo que tal título competencial no puede cobijar en puridad una regulación que atribuya a los órganos centrales del Estado competencias de carácter ejecutivo. No obstante, esta Sentencia tiene un voto particular en el que, discrepando de la mayoría, se insiste en que este título habilita no sólo a dictar normas, sino a articular los mecanismos de ejecución de sus mandatos, si ello es preciso para conseguir el “efecto” que cada regulación persigue. De todos modos, la postura definitiva del Tribunal Constitucional parece ser la de que el título competencial no permite instrumentar mecanismos de ejecución. En cualquier caso, entiendo que en el ámbito de la

sanidad no sería precisa la utilización de este título para articular mecanismos de ejecución pues, como veremos, ya están suficientemente diseñados.

Artículo 153 CE¹¹. La impugnación ante la Jurisdicción Contencioso-Administrativa de las disposiciones, resoluciones y actuaciones de las Administraciones autonómicas supuestamente vulneradoras de las normativa estatal, será la forma ordinaria de hacer efectivo ese control y lograr la correcta ejecución e interpretación por las Comunidades Autónomas de la legislación estatal. Es más, algún sector de la doctrina científica¹² considera que la Alta Inspección no implica poder alguno de corrección de la actividad ejecutiva de las Comunidades Autónomas, de manera que ante el incumplimiento de la legislación estatal, la Administración del Estado no puede acudir al remedio último del artículo 155 CE, sino que exclusivamente debe acudir a los externos controles judiciales ante la Jurisdicción Contencioso-Administrativa previstos en el artículo 153.c de la CE.

Artículo 155 CE. Al amparo de este precepto constitucional ha dicho el Tribunal Constitucional en su sentencia 76/1983, de 5 de agosto, que la uniformidad constitucionalmente pretendida en los supuestos en que corresponda al Estado la normación sustantiva (normación completa, normas básicas, condiciones básicas e igualdad) y a las Comunidades Autónomas su ejecución, quedaría desvirtuada si el Estado no tuviera la potestad y el derecho de velar para que no se produzcan diferencias en la ejecución o aplicación del bloque normativo. Incluso -dice el TC- en los mismos sistemas federales se reconoce una serie de atribuciones a las instancias federales que, en definitiva, se concretan en una función de vigilancia que la Federación ejerce sobre las actuaciones ejecutivas de los Estados miembros. Pero -sigue diciendo el TC- al fijar el contenido y alcance de dicha función es preciso tener presente que la autonomía exige en principio, a su vez, que las actuaciones de la Administración Autónoma no sean controladas por la Administración del Estado, no pudiendo impugnarse la validez o eficacia de dichas actuaciones sino a través de los mecanismos constitucionalmente previstos. Por ello, el poder de vigilancia no puede colocar a las Comunidades Autónomas en una situación de dependencia jerárquica respecto a la Administración del Estado.

¹¹ Entiendo que no cabe la impugnación ante el Tribunal Constitucional por la vía del artículo 161.2 CE, ya que en este cauce sólo se pueden alegar vulneraciones constitucionales, no las meramente legales, y aquí estaríamos ante vulneraciones legales.

¹² E. AJA y otros, “El sistema jurídico de las Comunidades Autónomas”, *Técnicos*, 1985, pág. 171 y 172.

Como acabo de exponer, el mecanismo constitucional ordinario previsto al respecto es la impugnación ante la jurisdicción contencioso-administrativa (art.153,c) y el extraordinario o específico ante el incumplimientos graves de obligaciones que impongan las leyes estatales es el requerimiento y, en su caso, la coerción regulados en el artículo 155 CE, que, incluso, se moverían en un ámbito ajeno al de la Alta Inspección. Ahora bien, en lo que hace a la facultad de requerir, a los requerimientos regulados en diversas normas¹³, ha precisado el Tribunal Constitucional en su sentencia 118/1998, de 4 de junio, (f. J. 26), que la facultad de requerir no puede considerarse atribuida al Gobierno central únicamente en los supuestos previstos en el artículo 155.1 de la Constitución y a los solos efectos de éste, sino que el requerimiento constituye un trámite previo posible, y a veces necesario, siempre que el Gobierno tenga reconocida alguna facultad de reacción ante órganos jurisdiccionales, pero sin que pueda entenderse que de estos requerimientos deriven en favor del Estado facultades que resulten contrarias a la delimitación de competencias establecidas en la materia por la Constitución y los Estatutos de autonomía. La facultad de requerir ha de interpretarse como un mecanismo de comunicación entre el Gobierno y la Comunidad Autónoma a fin de que ésta remedie el incumplimiento detectado mediante el ejercicio de las competencias que le son propias, sin que en ningún caso pueda conferirse a dicho requerimiento carácter vinculante ni genere en caso de no ser atendido por la Comunidad Autónoma, una actuación subsidiaria del Estado, pues ello implicaría una forma de control sobre la actuación de la Administración autonómica además de no prevista constitucionalmente, incompatible con el principio de autonomía y con la esfera competencial que de ésta deriva.

Por tanto, ante quiebras graves de las condiciones básicas de igualdad en la protección sanitaria de las personas por abiertos incumplimientos de la normas estatales que conlleven un grave atentado al interés general, el Gobierno central puede actuar el mecanismo regulado en el artículo 155 CE incluso, en su caso, adoptando las medidas necesarias para obligar a la Comunidad Autónoma responsable al cumplimiento forzoso de dichas obligaciones, supuesto éste difícilmente imaginable. Pero antes han de agotarse otras vías como las advertencias y

¹³ Recuérdese que el artículo 3 de la Ley 12/1983, de 14 de octubre, del Proceso Autonómico, dispone que "El Gobierno velará por la observancia por las Comunidades Autónomas de las normas estatales aplicables y podrá formular los requerimientos procedentes, a fin de subsanar las deficiencias en su caso advertidas". Igualmente, recuérdese las advertencias y requerimientos regulados en los apartados 4 y 5 del artículo 43 de la Ley General de Sanidad.

requerimientos regulados en los apartados 4 y 5 del artículo 43 de la Ley General de Sanidad, entendidos como simples mecanismos de comunicación y sin que tales requerimientos tengan carácter vinculante ni posibiliten actuaciones subsidiarias de aquella.

Finalmente, en la medida en que el poder de vigilancia conlleva la realización de unas determinadas actividades de control, de comprobación, que algún órgano administrativo debe realizarlas, acabaré este apartado con unas breves notas referentes a cómo ha instrumentado orgánicamente el Gobierno central este poder de vigilancia. Una vez promulgada la Ley General de Sanidad, el Real Decreto 1943/1986, de 19 de septiembre, conformó la Alta Inspección como una Dirección General, que, además, asumió las funciones propias de gestión de la secretaría y apoyo técnico a los miembros el Consejo Interterritorial de Salud. Así se ha mantenido hasta que en virtud del reciente Real Decreto 840/2002, de 2 de agosto, se estructura orgánicamente en una Dirección General denominada de Alta Inspección y Coordinación del Sistema Nacional de Salud, de la que sigue dependiendo la Secretaría del Consejo Interterritorial de Salud. Entre otras funciones, se le asigna *el seguimiento y análisis de los actos y disposiciones de las Comunidades Autónomas, en ejercicio de las funciones que asigna al Estado el capítulo IV del título II de la Ley General de Sanidad*. Cabe observar que se ajusta bien a lo dicho por el Tribunal Constitucional.

Creo que esta función debería asumirla la Secretaría del Consejo Interterritorial de Salud.

4. Equidad y condiciones básicas de igualdad: conceptos diferentes.

En este contexto de fijación estatal y cumplimiento autonómico de condiciones básicas de igualdad, no puedo resistirme a criticar la, desde el punto de vista estrictamente jurídico, impropia e inconveniente utilización e, incluso, incorporación al Real Decreto 840/2002, de 2 de agosto, de reestructuración del Ministerio de Sanidad y Consumo, y seguramente también a la Ley de Calidad y Coordinación Sanitaria, del vocablo "equidad" -concepto éste sublime y etéreo por demás, pero difícilmente aprehensible desde el punto de vista jurídico- sustituyendo de alguna forma al de "igualdad". Ello porque el concepto "igualdad" utilizado por la Constitución y la Ley General de Sanidad, y más concretamente el concepto jurídico "condiciones básicas de igualdad" en cuanto exige del Estado una concreta y precisa normación garantizadora de la igualdad en las posiciones jurídicas fundamentales de las personas (facultades elementales,

límites esenciales, deberes fundamentales, prestaciones básicas, ciertas premisas o presupuestos previos, según palabras del Tribunal Constitucional), nada tiene que ver y no es en modo alguno sustituible por el concepto jurídico “equidad” que ahora tanto utilizan y esgrimen algunos políticos y altos cargos del Ministerio de Sanidad y Consumo.

El diccionario de la Real Academia de la Lengua define la equidad como “propensión a dejarse guiar, o a fallar, por el sentimiento de deber o de conciencia, más bien que por las prescripciones rigurosas de la justicia o por el texto terminante de la ley”. El artículo 3.2 del Código Civil menciona la equidad como un instrumento de ponderación del rigor de la norma aplicable al caso concreto. Y la jurisprudencia maneja la equidad como fuente de criterios de decisión ajenos a las normas legales; como criterio de dulcificación del derecho estricto. En la práctica, su aplicación se limita al campo de las resoluciones judiciales y en muy contadas ocasiones pues requiere una ponderación sumamente prudente y restrictiva (STS de 8 de febrero de 1996) e, incluso, sólo en supuestos de vacío legal (STS de 3 de febrero de 1995).

Actualmente es muy frecuente oír a los responsables de la sanidad que al Estado le corresponde garantizar la equidad del Sistema sanitario. Es más, en el reciente Real Decreto 840/2002, de 2 de agosto, de reestructuración del Ministerio de Sanidad y Consumo, se asigna a la Secretaría General de Sanidad la función de “*garantizar la equidad y accesibilidad a los servicios del Sistema Nacional de Salud.*” Pero resulta que la equidad no es ni puede conceptuarse como una suerte de título excelso o varita mágica que habilite al Estado a realizar concretas actuaciones de igualación, nivelación o ajustes que no pudiera hacer ejercitando sus verdaderos títulos competenciales en la materia. La equidad del Sistema sanitario se ha de procurar a través de una precisa normación de las “condiciones básicas de igualdad” y del diseño de un sistema de financiación que garantice una distribución territorial justa de los recursos económicos. Así pues, no es necesario que la legislación sanitaria hable de equidad, lo necesario es que la ley norme las “condiciones básicas de igualdad” y establezca un sistema de financiación adecuado, y después que el Estado vele por su cumplimiento en el nivel autonómico. La equidad del Sistema sanitario será simplemente el resultado de esa normación y de su aplicación en todo el territorio del Estado.

Y sucede que la normativa estatal que fije las “condiciones básicas de igualdad” y que diseñe el sistema de financiación, que es justamente la normativa con vocación de preservar la equidad del Sistema sanitario, exige

una interpretación y aplicación estricta y rigurosa por todos, y en particular por las Comunidades Autónomas, es decir, precisamente todo lo contrario de lo que proclama el principio jurídico de equidad en cuanto permite al aplicador de la ley, sea la Administración del Estado o la de las Comunidades Autónomas, desconocerla, flexibilizarla o reinterpretarla según su propio criterio sobre las cosas. Por tanto, lo que el Estado debe garantizar es que se interpreten uniformemente y se cumplan las “condiciones básicas de igualdad” y las normas básicas definidoras del modelo sanitario. El resultado de ello será un Sistema sanitario equitativo.

Sin embargo, da la impresión de que el Gobierno y la Administración sanitaria estatal están utilizando ese etéreo concepto de una forma jurídicamente incorrecta, aunque interesada políticamente. Parece que lo esgrimen como una especie de mecanismo independiente que les permitirá intervenir cualquier actuación autonómica que reputen inicua. Y ya hemos constatado que “condiciones básicas de igualdad” no es sinónimo de uniformidad absoluta y total en el contenido del derecho a la protección de la salud de las personas, contenido que, por tanto, puede variar en cada Comunidad Autónoma. Y esas desigualdades no son iniquidades. Esto último conviene resaltarlo. En fin, hablar de “equidad” en este ámbito es hacer retórica, y la retórica tiene asiento natural en el discurso político, pero lo pierde totalmente en el riguroso y preciso lenguaje jurídico que requieren los textos legales, bien sean organizativos y de atribución de funciones, bien tengan por objeto fijar “condiciones básicas de igualdad”. Por todo lo dicho, a mi juicio, la voz “equidad” no debe incorporarse a las leyes y reglamentos reguladores de la materia sanidad ni tan siquiera como principio rector, esto es, con carácter meramente programático o eficacia simplemente interpretativa¹⁴.

¹⁴ En la Ley General de Sanidad y en la demás legislación sanitaria estatal promulgada hasta ahora, es decir, hasta el Real Decreto 840/2002, de 2 de agosto, no se había hecho expresa mención de este concepto. Por su parte, algunas Leyes autonómicas de Salud y Ordenación Sanitaria lo han incorporado a sus principios rectores. La Ley catalana de Ordenación Sanitaria de 1990 habla de equidad, sin más. La Ley navarra de Salud de 1990, habla de equidad en los niveles de salud. La ley andaluza de Salud de 1998, también habla de equidad en los niveles de salud. La Ley madrileña de Ordenación Sanitaria de 2001, habla de equidad en el acceso. La Ley aragonesa de Salud de 2002, habla de equidad en la asignación de recursos. Todas lo conforman como un principio rector. Empero, la formulación de la equidad como uno de los principios rectores en que se apoya la ordenación sanitaria diseñada por dichas leyes tiene mucha carga retórica y muy poco o ningún contenido jurídico a la hora de determinar obligaciones de las Administraciones sanitarias y derechos subjetivos de los ciudadanos.

II. LA FUNCIONALIDAD DEL TÍTULO COMPETENCIAL “COORDINACIÓN GENERAL SANITARIA”.

1. El significado de la coordinación general sanitaria.

La culminación del dilatado proceso de descentralización de la asistencia sanitaria pública¹⁵ conlleva un necesario e importante cambio de posicionamiento de la Administración sanitaria del Estado. El papel que ahora le corresponde desempeñar, además de la gestión en el ámbito de la sanidad exterior, se limita prácticamente a impulsar la coordinación y cooperación interautonómica o interterritorial, propiciando el consenso y la participación de las Comunidades Autónomas en una puesta en común de políticas sanitarias de las que resulte un sistema sanitario coherente y solidario. La coordinación pasa a ser la función estrella de la organización sanitaria estatal. Por ello, en estos momentos, todos los actores de la sanidad están inmersos en un proceso de reflexión, análisis y reconsideración de dicha función.

Pues bien, para alcanzar conclusiones válidas sobre la funcionalidad del título competencial “coordinación general sanitaria” en el nuevo escenario de la completa descentralización política y territorial de la sanidad (salud pública y asistencia sanitaria), importa, de entrada, fijar o determinar desde una perspectiva jurídica su significado, contenido y alcance. Se ha dicho por la doctrina que la coordinación es, en primer lugar, un resultado, un resultado armónico y coherente, pero que también implica o conlleva un conjunto de capacidades de unos entes u órganos respecto de otros para alcanzar ese resultado. En lo que a nosotros concierne, se trata de determinar los objetivos de la coordinación general sanitaria y las acciones a que habilita este título en razón de lo regulado al respecto por la legalidad vigente (Ley General de Sanidad) y de lo discernido en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional (Sentencias 32/1983 y 54/1990).

Los objetivos (el resultado de la coordinación) podemos concretarlos sucintamente en los dos siguientes:

- La integración de la diversidad de los subsistemas en el conjunto o sistema, evitando o reduciendo disfunciones que, de subsistir, impedirían o dificultarían la realidad misma del sistema. Dicho de otra forma, procurar un Sistema Nacional de Salud armónico, coherente, solidario y equitativo, pero también diverso, esto es, rico en variantes y matices.

¹⁵ La sanidad penitenciaria, que ya la ha recibido Cataluña, está previsto sea traspasada al resto de Comunidades Autónomas en el presente año 2002.

- En atención al concreto listado de acciones descritas en el artículo 70.2 de la Ley General de Sanidad¹⁶, lograr la homogeneidad técnica, la calidad científica y la eficacia organizativa de los Sistemas sanitarios, procurándose la mayor rentabilidad social posible en la gestión de los recursos y dispositivos sanitario-asistenciales.

Precisados los objetivos de la coordinación general sanitaria, paso seguidamente a describir las acciones y capacidades a que habilita dicho título, también conforme a la legalidad vigente y a la jurisprudencia constitucional. Señala la STC 32/1983 que la “coordinación general sanitaria” es una función instrumental que consiste en fijar medios y sistemas de relación que hagan posible los objetivos o el resultado que acabo de señalar, concretamente, la información recíproca, la homogeneidad técnica en determinados aspectos y la acción conjunta de las autoridades sanitarias estatales y comunitarias en el ejercicio de sus respectivas competencias, de tal modo que se logre la integración de actos parciales en la globalidad del sistema sanitario¹⁷, lo cual se consigue, según señala la STC 102/1995 (f. j. 31), adoptando las medidas necesarias, en general con carácter preventivo, entre las cuales cuentan aquellas donde se establezcan formas de relación entre las diversas Administraciones, a veces mediante un órgano de composición mixta y otras por el mecanismo de normas básicas y comunes a los diversos planes o intervenciones autonómicas¹⁸, formas de relación vinculadas a la previsión de directrices comunes que hagan posible la actuación conjunta de las diversas Administraciones comprometidas. En cualquier caso, el presupuesto lógico de la coordinación es la existencia de competencias autonómicas que deban ser coordinadas, pero con respeto absoluto a su contenido y evitando que la coordinación estatal se expanda hasta dejarlas vacías de contenido.

Y es importante hacer notar que en esta última sentencia, advierte el Tribunal Constitucional que la coordi-

¹⁶ Son: a) El establecimiento con carácter general de índices o criterios mínimos básicos y comunes para evaluar las necesidades del personal, centros o servicios sanitarios, el inventario definitivo de recursos institucionales y del personal sanitario 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.

¹⁷ Esta caracterización de la coordinación fue recogido literalmente en el artículo 73 de la Ley General de Sanidad.

¹⁸ Es, en general, toda la normativa técnico-sanitaria y de establecimiento de índices o criterios comunes de evaluación.

nación, cuya esencia es la unidad de actuaciones, no significa dirección o gestión, ni por tanto ejecución, por moverse en una dimensión formal, no material y en un plano horizontal, ajeno a cualquier tentación de jerarquía o verticalidad.

En plena armonía con esta conceptualización elaborada por el Tribunal Constitucional, magistralmente ha puesto de manifiesto MUÑOZ MACHADO¹⁹ que se trata de una competencia más formal que sustantiva, y que como tal no puede incidir o condicionar el ejercicio de las competencias autonómicas. Escribe al respecto lo siguiente: *“creo que se comprendería mal lo que la coordinación significa si la legislación sanitaria básica se empeñara en configurarla sobre el principio único de permitir al Estado imponer a las Comunidades Autónomas criterios de política sanitaria unilateralmente elaborados. Lo que la coordinación impone, por el contrario, es una conjunción de esfuerzos y una coparticipación en la formulación de objetivos que las diferentes partes que integran un sistema sanitario único deben alcanzar (...) En definitiva, este tipo de instrumentos (los instrumentos de coordinación) deben usarse de manera que sus contenidos sean aceptados antes de ser aprobados. Esto es, sencillamente, capital; sobre todo porque es una de las claves de funcionamiento de los sistemas autonómicos peor entendida, y menos practicada, hasta hoy, entre nosotros.”*²⁰.

Cierto que GARCÍA DE ENTERRÍA²¹, al estudiar las competencias de coordinación que el artículo 149. 1. 13 y 16 CE reserva al Estado, entiende que las mismas parecen apuntar a un poder específico del Estado para articular competencias propias y de las Comunidades Autónomas, que excede del de la fijación de “bases” como denota su singularización junto a éstas en los números 13^a y 16^a del artículo 149.1. De ahí infiere que lo que intenta arbitrar el poder estatal de coordinación es algo distinto de la fijación de unas bases normativas, y que esos medios no normativos han de desembocar, o bien en una simple coordinación formal (que opera sobre los sujetos de la actividad, que se basa en la información

recíproca y que tiende normalmente a buscar acuerdos consentidos o “autocoordinación”), o bien una coordinación material, que supone, más que la disposición de los sujetos, un cierto poder directivo de operaciones globales por parte de la unidad superior. Y a la vista de lo dicho por el Tribunal Constitucional en su Sentencia 32/1983 sobre coordinación y planificación sanitaria, considera este prestigioso tratadista que, aunque la sentencia no se pronuncie sobre esto, parece que implícitamente se inclina por enmarcar la “coordinación general sanitaria” en la coordinación material, que es, por su naturaleza, directiva o de “coordinación vertical”.

Vemos, pues, cómo la doctrina científica maneja dos concepciones de la coordinación: a) un concepto formal, de carácter horizontal y no jerárquico o de supremacía, es decir, entre iguales, que es fruto de la voluntad común de todos los entes, por lo que se basa en la autocoordinación; b) un concepto material, vertical, que, sin ser jerárquico, se basa en una cierta posición de supremacía, por lo que admite un cierto poder directivo de la unidad superior. Y, evidentemente, el Ministerio de Sanidad y Consumo se acoge a la segunda conceptualización de la coordinación, la material y vertical, pues reiteradamente a manifestado, por lo menos hasta el reciente cambio del equipo ministerial, que una de las funciones que le corresponde en virtud de tal título competencial es, precisamente, la superior dirección del Sistema Nacional de Salud.

Personalmente, me inclino por entender que la sentencia 32/1983 configura la “coordinación general sanitaria” como una competencia de coordinación formal, no material. Ello, por lo que seguidamente razono. En primer lugar, el Tribunal Constitucional no hace ninguna referencia expresa o implícita a que la coordinación conlleve un cierto poder de dirección. En segundo lugar, cuando el Tribunal Constitucional, en su Sentencia 214/1989 (f. j. 20 f), dijo que la coordinación *“conlleva un cierto poder de dirección, consecuencia de la posición de superioridad en que se encuentra el que coordina respecto al coordinado”*, lo dijo respecto a la necesaria coordinación de las entidades locales. Y es conveniente tener presente que el Tribunal Constitucional también precisó en sus sentencias 4/1981 y 25/1981, que existen diferencias entre la autonomía de los entes locales y la de las Comunidades Autónomas, de manera que éstas últimas están dotadas de una autonomía cualitativamente superior a la de los entes locales en la medida en que disponen de potestades legislativas y gubernamentales que las configuran como autonomías de naturaleza política. A partir de esta declaración del máximo intérprete de

¹⁹ “La formación y crisis de los servicios sanitarios públicos.”, *Alianza Editorial*, 1995, pág. 110 a 113.

²⁰ *Esto lo escribía MUÑOZ MACHADO en 1995. Creo que en el año 2002 sigue siendo una valoración actual y válida. Sirvan como ejemplo de recientes decisiones del Ministerio no consensuadas previamente con las CCAA, el Convenio con Farmaindustria y la delegación en los Colegios profesionales de la acreditación de la formación continuada. Y ambas están resultando extremadamente conflictivas.*

²¹ “Estudios sobre autonomías territoriales”, *Civitas*, 1985, pág. 345, y más recientemente “Curso de Derecho Administrativo”, Tomo I, décima edición, *Civitas*, 2000, pág. 326 y 327.

la Constitución, una amplia corriente doctrinal ha venido destacando el carácter administrativo de la autonomía local, frente al carácter político de la autonomía comunitaria y, si bien también conviene en que realmente, con mayor o menor intensidad, ambas autonomías tienen una sustancia o sustrato político, ello no obsta para que concluya que las posibilidades de opción son más amplias en el caso de las Comunidades Autónomas (a través de la ley formal), que en los municipios. Y si esto es así, conclusión obligada es que el papel del Estado como coordinador de tales entes territoriales ha de ser distinto, justificándose un cierto poder de dirección respecto de los entes locales, esto es, una coordinación material²², que, sin embargo, no se justifica o se justifica sólo en supuestos muy excepcionales respecto de las Comunidades Autónomas ya que la posición de superioridad del Estado aquí se difumina. Pues bien, en línea con la doctrina científica y su propia doctrina, el Tribunal Constitucional, posteriormente a la citada sentencia 214/1989, cuando enmarca la coordinación en el ámbito competencial de las Comunidades Autónomas ya nada dice “sobre el cierto poder de dirección, consecuencia de la posición de superioridad en que se encuentra el que coordina respecto al coordinado”. Así, en su Sentencia 45/1991, de 28 de febrero, sobre agricultura de montaña, cuando en su fundamento jurídico cuarto hace una síntesis de toda su doctrina anterior sobre la coordinación, nada dice sobre “un cierto poder de dirección”. Y en el fundamento jurídico 31 de la Sentencia 102/1995, de 26 de junio, sobre medio ambiente, por el contrario, afirma que la coordinación no significa dirección o gestión, por moverse en una dimensión formal, no material y en un plano horizontal, no vertical. Entiendo que esta matización o diferenciación respecto a la coordinación de las entidades locales lo es porque las Comunidades Autónomas tienen una capacidad de opción (política) mucho mayor que las entidades locales por lo que es plausible constitucionalmente un mayor grado de divergencia.

Y es bien conocida la doctrina jurídico-administrativa de la vinculación positiva de la Adminis-

²² El artículo 10.2 de la Ley Reguladora de Bases de Régimen Local establece que “Procederá la coordinación de las competencias de las Entidades Locales entre sí y, especialmente, con las restantes Administraciones públicas, cuando las actividades o los servicios locales trasciendan el interés propio de las correspondientes Entidades, incidan o condiciones relevantemente los de dichas Administraciones o sean concurrentes o complementarias de los de éstas.” MORELL OCAÑA en “La coordinación del Estado y las Comunidades Autónomas con la Administración Local”, DA, núms. 230-231, 1992, pág. 109 y 110, considera que subyace en este precepto legal la concepción material de la coordinación, que vendría a ser la heredera a beneficio de inventario de las anteriores figuras de la jerarquía y de la tutela ya proscritas por el principio de autonomía local.

tración Pública a la legalidad, de manera que cualquier poder jurídico que ejerza o pretenda ejercer ha de estar previa y expresamente atribuido por la norma. Y si la norma no le asigna expresamente esa función, ese poder, y tampoco cabe inferirlo como inherente, como algo consustancial a otras concretas y expresas atribuciones, en nuestro caso, la coordinación general sanitaria, mal puede la Administración autootorgárselo y pretender ejercerlo, pues tal decisión sería contraria a Derecho, sería ilegal.

Recapitulando lo razonado, podemos afirmar que la coordinación general sanitaria, como competencia exclusiva del Estado, es una función instrumental que consiste en fijar sistemas de relación vinculados a la previsión de directrices comunes de orden técnico-sanitario que hagan posible una actuación conjunta y se logre la integración de actos parciales en la globalidad del Sistema sanitario, siendo notas que la enmarcan y caracterizan las siguientes:

- No conlleva funciones de dirección, ni de gestión, ni de ejecución. A lo sumo, en los contados y excepcionales casos en que claramente esté en juego o en peligro el interés general de la nación, algún poder de dirección, que más que de dirección habría que configurarlo como de impulso. No puede invocarse, pues, como lo viene haciendo el Ministerio de Sanidad y Consumo para atribuirse la superior dirección del Sistema Nacional de Salud. La Administración sanitaria estatal no dirige, no le corresponde la superior dirección del Sistema Nacional de Salud; lo que le compete hacer es instrumentar medios y sistemas de relación para lograr acuerdos consentidos, esto es, impulsar la “autocoordinación”.

- La Administración sanitaria estatal no puede imponer a las Comunidades Autónomas criterios de política sanitaria unilateralmente elaborados, ni puede impartir directrices a las que deban subordinarse las Comunidades Autónomas²³. No es su superior jerárquico. Tales directrices, criterios e instrumentos de coordinación han de ser debatidos y consensuados por todos los responsables sanitarios en el seno de un órgano mixto.

2. La coordinación entre iguales: su necesario asiento en un órgano mixto.

La coordinación sanitaria es necesaria, no en el nivel normativo, sino en el de la programación de actuaciones sanitarias y en el de la gestión de las prestaciones, esto es, en el nivel de ejecución de la materia sanidad. Y la

²³ En este mismo sentido, J. TORNOS y otros “Informe sobre las Autonomías” Cívitas, 1988, pág. 140.

ejecución de la materia sanidad corresponde por entero y en exclusiva a las Comunidades Autónomas. Se trata, por tanto, de coordinar la actividad de Administraciones sanitarias que son iguales entre sí. Y la coordinación entre Administraciones sanitarias independientes e iguales entre si, cada una con un ámbito competencial propio, pasa necesariamente por la constitución de un órgano colegiado integrado por todos los que han de coordinarse, que adoptará las decisiones que supongan el ejercicio de la función coordinadora. Ese órgano será la herramienta que permitirá la autocoordinación de esas Administraciones independientes e iguales. Es indiscutible que a ese órgano habrá de incorporarse como otra Administración más, aunque salvo en materia de sanidad exterior y en Ceuta y Melilla no ostente competencias de ejecución de la sanidad, la Administración estatal. Ello porque también le corresponde desempeñar un papel innegable en el Sistema sanitario. Como ya expuso P. MANSILLA²⁴ al poco tiempo de la aprobación de la Ley General de Sanidad, cada uno de los componentes de este órgano aportará al mismo las competencias que le son propias: el Estado las suyas y cada una de las Comunidades Autónomas las que les corresponden, sin que esta contribución suponga desapoderamiento o dejación por parte de cada una de las entidades integradas en el órgano mixto, sino todo lo contrario. La aportación se realiza sólo y exclusivamente a los efectos de procurar la necesaria autocoordinación. Se logra, en suma, una coordinación horizontal.

El artículo 47 de la Ley General de Sanidad configuró el Consejo Interterritorial como el órgano permanente de comunicación e información de los distintos Servicios de salud, y le asignó funciones de coordinación, entre otros aspectos, en dos concretos campos: a) las líneas básicas de la política de adquisiciones, contrataciones de productos farmacéuticos, sanitarios y de otros bienes y servicios; b) los principios básicos de la política de personal. No se trataba de una asignación cerrada pues además de “entre otros aspectos” dispuso expresamente este artículo que *asimismo ejercerá las funciones que le puedan ser confiadas para la debida coordinación de los servicios sanitarios*. Todo apunta, pues, a que el legislador de 1986 ya estaba pensando en que al Consejo Interterritorial se le confiaran las funciones propias de la coordinación general sanitaria una vez descentralizada plenamente la asistencia sanitaria pública.

Más tarde, en 1997, como es bien conocido, la Subcomisión del Congreso de los Diputados para la Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud

manifestó la necesidad de fortalecer el papel de este órgano, definiéndolo como el instrumento esencial de vertebración del sistema sanitario. A estos efectos, recomendó otorgarle mayores facultades de decisión, y ampliar sus funciones como órgano a través del cual se ha de instrumentar, preferentemente, la fijación de las bases, la coordinación general sanitaria y los criterios generales de la alta inspección.

No me cabe duda, pues, de que el órgano estatal que puede y debe asumir las funciones de la “coordinación general sanitaria” es el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, si bien para ello es precisa una profunda modificación de su composición, funciones y funcionamiento. Más adelante volveré sobre esto.

Ejemplo elocuente de que el descrito marco no es errado o estrambótico ni significa una visión insuficiente del alcance que debe tener el título competencial “coordinación general sanitaria”, es, sin más, la Organización Nacional de Transplantes, que, como es bien conocido, es una unidad técnica encargada de coordinar las actividades de donación, extracción, preservación, distribución, intercambio y trasplante de órganos humanos en el conjunto del sistema sanitario, que funciona a nivel de su Comisión Permanente, que es quien dirige la organización, como un órgano colegiado integrado por los coordinadores autonómicos y el nacional, así pues, sin que la Administración estatal ejerza una función directiva ni controle tal órgano colegiado, y resulta que el sistema nacional de transplantes funciona perfectamente, pudiéndose postular esta organización como paradigma de la coordinación.

Sin embargo, a la vista del reciente Real Decreto 840/2002, de 2 de agosto, de estructuración del Ministerio de Sanidad y Consumo, no parece que sea intención del Gobierno central residenciar la coordinación general sanitaria en el Consejo Interterritorial de Salud. Mediante este Real Decreto crea la Secretaría General de Sanidad a la que asigna expresamente las funciones de coordinación interterritorial, alta inspección, calidad y planificación sanitaria y sistemas de información. De esta Secretaría General depende la Dirección General de Alta Inspección y Coordinación del Sistema Nacional de salud, órgano encargado de velar por la vertebración funcional del Sistema Nacional de Salud. En definitiva, parece que es intención del Gobierno central mantener las funciones de coordinación general sanitaria, alta inspección, planificación e información sanitaria, en un órgano jerarquizado del Ministerio de Sanidad y Consumo, lo que, a su vez, implica el ejercicio unilateral de esas funciones por la Administración sanitaria estatal. Confío en que durante la

²⁴“Coordinación General Sanitaria”, *MONDADORI*, 1988, pág. 102.

tramitación parlamentaria de la futura aunque incierta Ley de Calidad y Coordinación Sanitaria esto se pueda enmendar porque creo que ha llegado el momento de que estas funciones se asienten en un órgano estatal no jerarquizado y de composición multilateral: el Consejo Interterritorial de Salud.

Finalmente, obligado es decir y reconocer que, al menos hasta ahora, el Ministerio de Sanidad y Consumo, renunciando a una coordinación imperativa o directiva, ha impulsado y materializado la coordinación a través del Consejo Interterritorial de Salud por la vía del consenso con resultados, en general, bastante aceptables²⁵.

III. MECANISMOS DE COORDINACIÓN Y COOPERACIÓN ESTATALES.

1. Preliminar.

El texto constitucional no incorpora expresos mandatos de colaboración entre el Estado y las Comunidades Autónomas. No obstante, el Tribunal Constitucional, en su ya lejana sentencia 18/1982, tuvo ocasión de advertir que tal principio de colaboración *“está implícito en la propia esencia de la forma de organización territorial del Estado que se implanta en la Constitución, que no es menester justificar en preceptos concretos.”* Ese mismo año volvió a pronunciarse en el mismo sentido cuando en el fundamento jurídico 8 *“in fine”* de su sentencia 64/1982, declaró que es aconsejable una adecuada colaboración entre la Administración del Estado y la de las Comunidades Autónomas que ayude a buscar soluciones equitativas, colaboración que es necesaria para el buen funcionamiento de un Estado de las Autonomías, incluso

²⁵ *En el mes de mayo del presente año 2002 (véase Diario Médico de 16 de mayo de 2002), algunos políticos han declarado que el Sistema Nacional de Salud sufre una grave crisis de liderazgo, liderazgo que consideran imprescindible dado el momento crítico del Sistema sanitario. Es cierto que en estos momentos de transición, y por ello momentos críticos o delicados, ninguna entidad u organización ha asumido clara y decididamente el liderazgo del Sistema. Desde luego no lo hizo la anterior Ministra de Sanidad y Consumo. De todos modos, no creo que ese “liderazgo” lo deba asumir la Ministra o el Ministerio como organización. Creo que ese “liderazgo” corresponde y debe ser asumido decididamente por el “Consejo Interterritorial de Salud” en cuanto ente integrador de los artífices de las políticas sanitarias que han de conformar el Sistema sanitario. Posiblemente pueda oponerse a este planteamiento que empíricamente es inviable que el liderazgo lo asuma una entidad integrada por dieciocho personas de diferente afiliación política y que defienden en muchos casos intereses distintos, y menos aún con su actual composición, funciones y funcionamiento. Cierto que no le resultará fácil al Consejo Interterritorial asumir esa faceta y que para ello necesita como primera medida legal su reorganización así como la potenciación de su papel. Pero creo sinceramente que es la mejor opción para el Sistema y que es posible si los político-gestores que en cada momento integran el Consejo tienen claro que es justamente esta institución quien debe asumir la dirección del Sistema Nacional de Salud.*

al margen de la distribución constitucional y estatutaria de las competencias respectivas. Y, en efecto, a pesar del vacío constitucional, el principio de colaboración Estado-Comunidades Autónomas estuvo presente en la mente de los responsables de las instituciones que en los años siguientes a la Constitución fueron materializando el Estado autonómico. Así, el legislador estatal posconstitucional tuvo cuidado de incorporar el principio de colaboración a las leyes sectoriales que versan sobre materias que están repartidas entre el Estado y las Comunidades Autónomas, principio que se hará efectivo mediante las técnicas de coordinación y cooperación reguladas convenientemente en dichas leyes. La Ley General de Sanidad, como no podía ser menos, contempla y regula mecanismos de coordinación y de cooperación entre el Estado y las Comunidades Autónomas y entre éstas.

Concretamente prevé y regula como concretos instrumentos de coordinación estatales: a) el Consejo Interterritorial de Salud, b) la información sanitaria recíproca (artículos 23, 40 y 73); c) la planificación sanitaria: planes de salud autonómicos y plan integrado de salud (artículos 74 a 77); y d) el establecimiento con carácter general de índices y criterios mínimos básicos y comunes de evaluación sanitaria, así como de fines y objetivos mínimos comunes an materia de prevención, protección, promoción y asistencia sanitaria (artículo 70). A su vez, como mecanismos de cooperación, obviamente de carácter voluntario, entre el Estado y las Comunidades Autónomas, dicha Ley contempla (artículo 48): a) la constitución de comisiones y comités técnicos; b) la celebración de convenios interadministrativos bilaterales o multilaterales; c) la elaboración de programas en común²⁶.

Por su parte, el Tribunal Constitucional ha enumerado dos medidas estatales de coordinación preventiva a efectos de establecer sistemas de relación entre las Administraciones²⁷: a) mecanismo de normas básicas vinculado a la previsión de directrices comunes que hagan posible una actuación conjunta; b) órganos de composición mixta.

Siguiendo este orden, dedico las siguientes páginas al estudio de estos mecanismos o instrumentos y a tratar de desentrañar la posición o el papel que a cada uno de

²⁶ *Sobre estos mecanismos ver el trabajo de J. M. SALA ARQUER y F. VILLAR ROJAS, “Análisis de la cooperación en un sector determinado: la sanidad pública”, en Revista Derecho y Salud, volumen 10, núm. 1, 2002, pág. 79 y siguientes.*

²⁷ *SSTC 45/1991, f. j. 4 y 102/1995, f. j. 31.*

ellos le corresponde en el sistema sanitario descentralizado territorialmente.

2. Órganos mixtos²⁸: el Consejo Interterritorial de Salud.

A. Encuadre de este órgano en los instrumentos de colaboración Estado-CCAA previstos en la ley.

Fue la Ley del Proceso Autonómico la que en 1983 incorporó las primeras previsiones legales en torno al deber recíproco de información y a la constitución de órganos mixtos de colaboración entre el Estado y las Comunidades Autónomas, que denominó Conferencias Sectoriales. Si bien, preciso es decirlo, con una regulación muy rudimentaria. Simplemente, se limitó a esbozar estos órganos no dotados de personalidad jurídica propia. Poco a poco, se fueron perfilando en la legislación sectorial algunos órganos mixtos, tomando como base las Conferencias Sectoriales, en general de carácter deliberante y consultivo, como lo fue el Consejo Interterritorial de Salud creado en 1986 por la Ley General de Sanidad.

No es hasta 1992, con la promulgación de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, cuando se da carta de naturaleza a las Conferencias Sectoriales y se trata de potenciarlas como órganos de colaboración Estado-CCAA²⁹. Pero en la medida en que el Tribunal Constitucional había establecido los límites generales a los que están sometidos estos órganos de colaboración en el sentido de que no pueden sustituir a los órganos propios del Estado o a los de las Comunidades Autónomas, se les asignó una función eminentemente consultiva y deliberante. La reforma de la Ley operada en 1999 introdujo mayores precisiones conceptuales en estos órganos, pero mantiene su carácter consultivo y deliberante.

Sin embargo, la doctrina científica³⁰ se ha ocupado de apuntar el papel más trascendente que pueden desa-

²⁸ En cuanto a los instrumentos organizativos de coordinación sólo hago referencia al Consejo Interterritorial de Salud por ser el que necesita de profundas modificaciones. Quedan, pues, al margen otras organizaciones coordinadoras ya existentes, cuya bondad y eficacia nadie cuestiona, como la Organización Nacional de Transplantes (L 30/1979 y RD 2070/1999); la Red de Vigilancia Epidemiológica (RD 2210/1995), y la recientemente creada Agencia Española de Seguridad Alimentaria (L 11/2001).

²⁹ J. TORNOS MÁS, "Las conferencias sectoriales", *DA*, núm. 240, 1994, pág. 78, considera que no son órganos de la Administración estatal ni de la Administración autonómica, y que no son órganos administrativos sino que son órganos de naturaleza política.

³⁰ E. ALBERTI ROVIRA, "Relaciones entre Administraciones Públicas" en la obra colectiva "La nueva Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común", *Técno*, 1993, y J. M. CASTELL ARTECHE, "El presente momento en

rollar estos órganos mixtos de cooperación -llámense Conferencias Sectoriales o de otra manera- en orden a la intervención directa de las Comunidades Autónomas en el proceso de decisión propio de la instancia estatal. Al tradicional papel de órganos de encuentro de carácter consultivo y deliberante se ha propuesto añadir otras funciones más trascendentes como es la de residenciar en ellos las competencias estatales de establecer métodos de actuación, especialmente de carácter coordinador, e, incluso, que el Estado dé participación a las Comunidades Autónomas en algunas de las funciones que le corresponde realizar, a fin de integrar a éstas en aquellos procesos de decisión que, aun moviéndose en el ámbito de la competencia estatal, afectan intereses autonómicos o incluso condicionan alguna de las actuaciones de las Comunidades Autónomas.

Pero, evidentemente, un órgano mixto que asuma, además de funciones consultivas y deliberantes, funciones decisorias como las descritas en el párrafo anterior, debe tener una naturaleza propia y una estructura y un régimen de funcionamiento y de adopción de acuerdos específico y adaptado a esas funciones. En definitiva, un régimen distinto al regulado con carácter general para las Conferencias Sectoriales por la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común; régimen que, lógicamente, deberá diseñarse en la legislación sectorial correspondiente en función de las particulares características del órgano mixto de que se trate.

Pues bien, precisamente es el reto que tenemos actualmente respecto a la necesaria remodelación del Consejo Interterritorial de Salud.

B. Naturaleza jurídica.

Conforme a su actual regulación, la naturaleza y encuadre de este órgano estatal no es de fácil definición. Reúne muchas de las características de las Conferencias Sectoriales, aunque tampoco puede calificarse de tal sin las debidas matizaciones. Parece que es intención del Gobierno estatal que el Consejo Interterritorial siga en gran medida acomodándose a la naturaleza jurídica de las Conferencias Sectoriales según vienen regulados estos órganos multilaterales de cooperación sectorial en el artículo 5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

la participación de las Comunidades Autónomas en las instituciones y órganos centrales" *RVAP*, núm. 47, 1997, pág. 35-49.

Al respecto, creo que no se ha debatido abierta y suficientemente si el Consejo ha de mantener la naturaleza de Conferencia Sectorial o si, dada su singularidad, trascendencia y sobre todo, a la vista de las funciones de coordinación general que se quiere asuma, debe ir más allá y tener una regulación institucional propia mediante Ley "ad hoc". Coincido con TORNOS MÁS³¹ en su consideración de que es un órgano estatal en el que se concreta la función de coordinación general que pertenece al Estado, por lo que, consecuentemente, ha de ejercer funciones propias de coordinación que no podrían atribuirse a una Conferencia Sectorial. En cualquier caso, considero que debe configurarse como un ente u órgano de ámbito estatal de naturaleza mixta político-administrativa, un órgano estatal, no un órgano de la Administración estatal, por tanto, no adscrito al Ministerio de Sanidad y Consumo, ello, obviamente, sin perjuicio de que reciba toda la asistencia técnico-administrativa necesaria de dicho Ministerio, concretamente a través de la Secretaría del Consejo. Si, como defiendo, ha de asumir el ejercicio de la función de coordinación general sanitaria, parece a todas luces conveniente desarrollar una regulación específica y propia para este órgano colegiado, precisando convenientemente su composición, funciones y alcance de sus acuerdos.

C. Composición, estructura y apoyo técnico-administrativo.

Composición. El legislador estatal de 1986 decidió que la composición del Consejo fuera paritaria de manera que los miembros en representación de la Administración central sean iguales a los de las Comunidades Autónomas. De los diecisiete miembros en representación de la Administración central, diez corresponden a altos cargos del Ministerio de Sanidad y Consumo y los siete restantes a un alto cargo de cada uno de los Ministerios de Presidencia, Defensa, Hacienda, Interior, Trabajo, Agricultura y Administraciones Públicas. A tenor del papel que corresponde desempeñar al Consejo, el único argumento que puede esgrimirse para explicar validamente esta composición paritaria es el de asegurar que los criterios e iniciativas surgidos de las propias Comunidades Autónomas nunca puedan imponerse al Estado cuando la Administración central no lo quiera así; motivo que no se compadece con el Estado autonómico querido por la Constitución. En todo caso, la experiencia acumulada durante los quince años de funcionamiento del Consejo acredita que esta abigarrada y heterogénea composición

en lo que hace a la parte estatal, no se acomoda ni realmente sirve a lo que es y se espera del Consejo. Esto se ha mostrado tan evidente que la propia Administración estatal así lo reconoce y parece que es intención del Gobierno central suprimir en el proyecto de Ley de Calidad y Coordinación Sanitaria su actual composición paritaria (igual número de representantes del Estado y de las Comunidades Autónomas) e integrarlo exclusivamente por los Consejeros de Sanidad autonómicos y por el Ministro de Sanidad y Consumo, que lo presidirá. Esta reforma de su composición es verdaderamente necesaria y urgente. Por todo lo que expondré seguidamente, considero que lo más apropiado es que la presidencia del Consejo no recaiga en la Ministra de Sanidad y Consumo, sino que sea rotatoria. Por lo demás, no creo conveniente introducir (como alguien ha planteado) representación de otros sectores, como colegios profesionales, empresarios o trabajadores, ya que, por lo general, no defienden el interés general sino intereses corporativos o de grupo para los que el Consejo Interterritorial no es cauce adecuado. En todo caso, ya tienen representación en el Comité Consultivo vinculado al Consejo Interterritorial.

Estructura. El Consejo interterritorial se estructura actualmente en Pleno y Comisiones (salud pública, prestaciones, investigación y evaluación., etc.). Es una estructuración adecuada. Debe mantener la capacidad para crear las comisiones y grupos de trabajo que en cada momento considere necesarios, que podrán tener carácter temporal o permanente.

Soporte técnico-administrativo. La Secretaría es un órgano clave para el buen funcionamiento del Consejo. Inicialmente se configuró como una mera función a desarrollar por la Dirección General de Alta Inspección. Más tarde, ya se conformó como un órgano propio del Ministerio de Sanidad y Consumo con rango de Dirección General integrada en la Secretaría General de Gestión y Cooperación Sanitaria, configurándose como órgano de vertebración funcional del Sistema Nacional de Salud, que da apoyo al Pleno y a las comisiones y grupos de trabajo con la finalidad de facilitar la cooperación activa del Ministerio y de los distintos Servicios de Salud dentro del Sistema Nacional de Salud. Actualmente, en virtud del Real Decreto 840/2002, de 2 de agosto, se ha rebajado a rango de Subdirección General integrada en la Dirección General de Alta Inspección y Coordinación del Sistema Nacional de Salud. En mi criterio, la Secretaría del Consejo, en la medida en que ha de servir a éste y no al Ministerio, debería configurarse como un órgano propio no jerarquizado adscrito al propio Consejo, sin perjuicio de su ubicación en las dependencias del Ministerio.

³¹ "El Sistema de Seguridad Social versus Sistema Nacional de Salud", *Revista de Derecho y Salud*, volumen 10, núm. 1, 2002, pág. 10.

También entiendo que resulta imprescindible ubicar en la Secretaría del Consejo el diseño y gestión del Sistema de información y comunicación permanente entre las Administraciones sanitarias de las Comunidades Autónomas.

D. Funciones.

Actualmente, muy pocos ponen en duda la necesidad de reforzar el papel del Consejo Interterritorial como órgano estatal de coordinación y de puesta en común de las políticas sanitarias de las Comunidades Autónomas. Y, en efecto, en este órgano estatal deben residenciarse las funciones de “coordinación general sanitaria”³². Como ya he recordado supra, incluso es un mandato de la Subcomisión del Congreso de los Diputados creada para la consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud.

Es preciso, pues, ampliar y reordenar sus funciones distribuyéndolas en los siguientes cuatro ámbitos: 1) de consulta y participación; 2) de coordinación general sanitaria; 3) de cooperación entre Estado y Comunidades Autónomas; 4) de asesoramiento y evaluación.

En cualquier caso, el Consejo Interterritorial debe configurarse como el máximo órgano estatal de coordinación asumiendo, además de las funciones que le correspondan como órgano consultivo, de participación e información recíproca y de evaluación, toda la capacidad decisoria propia del ejercicio de la función estatal de coordinación general sanitaria. En suma, debe atribuírsele el liderazgo del Sistema Nacional de Salud.

También considero plausible asignarle la función de servir de canal de participación de las Comunidades Autónomas en las decisiones de orden sanitario de la Unión Europea.

E. Funcionamiento, adopción y alcance de los acuerdos.

Actualmente no se utiliza el sistema de votación ya que, dada su naturaleza de Conferencia Sectorial y conforme al artículo 8.2 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones

³² *Ello sin perjuicio de admitir que haya algunas concretas materias cuya especificidad aconseja disponer de su propio órgano coordinador, como es el caso de la Comisión Institucional de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria creada por la Ley 11/2001, de 5 de julio. Dicha Comisión, a la que se le encomienda la función de establecer mecanismos eficaces de coordinación y cooperación entre las Administraciones públicas con competencias en materia de seguridad alimentaria, está integrada por cuatro representantes de la Administración central, cuatro representantes de las Entidades Locales, y un representante por cada una de las Comunidades Autónomas y las ciudades de Ceuta y Melilla (diecinueve).*

Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, los acuerdos del Consejo para vincular a todos deben adoptarse por unanimidad pues de lo contrario sólo vinculan a las partes que comprometen su voluntad y los firman expresamente. Tales acuerdos actualmente no se formalizan ni se publican en boletín oficial alguno.

Si convenimos en que respecto al grado de vinculación de sus acuerdos, se ha de superar el régimen propio de las Conferencias Sectoriales, habrá de precisarse convenientemente el alcance de sus acuerdos, sobre todo en lo que hace al ejercicio de funciones estatales de coordinación. Tal régimen podría acomodarse a los siguientes criterios:

Cuando se trate de funciones de consulta, información, asesoramiento, evaluación, cooperación, etc., así pues, funciones ajenas al ámbito propio de la coordinación como competencia estatal y que no tienen carácter ejecutivo, no veo inconveniente para que pueda establecerse un régimen de mayorías, incluso con voto ponderado, en la adopción de acuerdos.

Pero cuando se trate del concreto ejercicio de las funciones de “coordinación general sanitaria”, de manera que los acuerdos alcanzados (instrumentación de sistemas de relación para facilitar la información recíproca; homogeneidad técnica en determinados ámbitos; diseño de acciones conjuntas o de objetivos mínimos comunes sobre promoción, prevención o restauración de la salud, etc.), por implicar el ejercicio de la competencia estatal de coordinación general sanitaria, sean ejecutivos y vinculen a las Comunidades Autónomas, la cuestión es más delicada.

Si el acuerdo es adoptado por unanimidad y firmado por todas las Comunidades Autónomas, no habría problema alguno para que vinculase a todas las partes. Podrá formalizarse con la denominación de Convenio del Consejo Interterritorial de Salud. Se publicaría en el Boletín Oficial de Estado y en el de las Comunidades Autónomas. Según el concreto ámbito de lo acordado, a su vez, se instrumentaría cuando sea necesario en norma de rango adecuado³³. En la medida en que ha de entenderse que tales acuerdos nunca podrían comprometer a las Cortes Generales, cuando hayan de plasmarse en norma con rango de ley tendría en valor de propuestas. En el ámbito

³³ *Repárese en que el Tribunal Constitucional equipara la coordinación con las bases a efectos de su formalización, por lo que los criterios de coordinación general sanitaria que se acordasen por el Consejo Interterritorial deberán posteriormente formalizarse en algunos casos en el instrumento normativo oportuno.*

autonómico el Convenio cumpliría un papel similar a las Directivas europeas.

Si no se logra la unanimidad respecto de la decisión a adoptar, cabrían, a su vez, las siguientes opciones:

- Dejar el tema aparcado para mejor ocasión.
- Diferenciar mediante un consenso previo los asuntos de interés común y general que requieran ineludiblemente su implantación simultánea en todo el territorio del Estado, de aquellos otros que no se consideren actuaciones imprescindibles.

En el segundo caso, cuando el acuerdo se ha adoptado con la mayoría suficiente, vincularía sólo a las partes firmantes. La pega de esta opción es que provocará un desfase, una desarmonía entre unas y otras Comunidades Autónomas en el ámbito de la acción objeto del acuerdo. No se alcanzará plenamente el objetivo de la coordinación. No obstante, desde la óptica del interés general sanitario, los beneficios derivados de la acción conjunta, en la mayoría de los casos seguramente compensarán con creces a los efectos negativos derivados de la situación de desfase en que se coloque la o las Comunidades Autónomas no participativas.

En el primer supuesto, el acuerdo adoptado con mayoría suficiente, incluso mediante voto ponderado, vincularía sin excepción a todas las Comunidades Autónomas. Institucionalizar esta opción, en mi criterio, tiene la pega de que según los temas a tratar generaría reticencias, desconfianzas y posturas defensivas o agresivas entre los Consejeros autonómicos, quebrándose en parte los principios de lealtad, solidaridad, confianza y colaboración que han de presidir los trabajos del Consejo, lo que supondría un handicap para que el Consejo Interterritorial asuma permanentemente el liderazgo del Sistema Nacional de Salud. Por ello, sólo debería aplicarse en supuestos excepcionales en que a juicio mayoritario del Consejo la trascendencia práctica de la acción requiera ineludiblemente su implantación simultánea en todo el territorio del Estado. Se supone en las Comunidades Autónomas “disidentes” un nivel de lealtad y autodisciplina suficiente para acatar y cumplir lo acordado.

Respecto de esta última opción, la imposición a determinadas Comunidades Autónomas de concretas actuaciones sanitarias acordadas por el Consejo en las que no esté en juego clara y abiertamente los intereses generales de la Nación, es decir, que no sea una cuestión material-

mente básica³⁴, o que lo acordado no encaje materialmente en la coordinación general sanitaria, podría implicar una vulneración de su autonomía y ámbito competencial propio. Entonces, si alguna de ellas considera que es una decisión o determinación no subsumible en el ámbito competencial estatal de la coordinación general sanitaria o de lo básico, podrá promover el correspondiente conflicto competencial ante el Tribunal Constitucional.

3. Sistema de información sanitaria.

El artículo 73 de la Ley General de Sanidad dispuso que la coordinación general sanitaria se ejercerá por el Estado, entre otras formas, fijando medios y sistemas de relación para facilitar la información recíproca. Y sin duda, título competencial apto para instrumentar cauces de información es el de la “coordinación general sanitaria”. A estos efectos, uno de los propósitos del Ministerio de Sanidad y Consumo es la creación de un Sistema de información sanitaria cuyo objetivo será realizar la adecuada valoración de los efectos producidos por la aplicación de la legislación básica, así como la actualización y diseño de las políticas sanitarias y la atención a las necesidades de coordinación del Sistema Nacional de Salud, para lo que pretende que la Ley declare como básica la siguiente información sobre asistencia sanitaria y salud pública:

a) Información sobre asistencia sanitaria:

- Estructura; centros, servicios, establecimientos, Centros de Referencia y Centros con Servicios Supracomunitarios; equipamiento de alta tecnología.
- Recursos humanos.
- Actividad asistencial y tiempo de demora. Económico-financiera.

b) Información sobre salud pública:

- Información derivada de los sistemas integrados en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
- Información estadística derivada del funcionamiento de las redes de alerta y de las redes de intercambio rápido de información.
- Datos necesarios para elaborar los informes previstos en los programas de salud pública derivados de iniciativas de la Unión Europea o de organismos internacionales.
- Datos sobre aquellos recursos, humanos o materiales, cuya actualización constituya un elemento significativo en el desarrollo de algún programa de

³⁴ *Recuérdense los elementos formales y materiales de la noción de bases elaborados por el Tribunal Constitucional. Por todas, STC 69/1988.*

salud pública, especialmente en todo lo relativo a los laboratorios de referencia y a las instalaciones de radiodiagnóstico, radioterapia y medicina nuclear.

Por otra parte, la disposición adicional segunda de la Ley General de Sanidad encomendó al Gobierno adoptar los criterios básicos mínimos y comunes en materia de información sanitaria, y en esta línea el Gobierno central debe adoptar los criterios básicos mínimos y comunes para coordinar un sistema integrado de información, y, de otro, debe establecer los criterios y definiciones comunes de la información básica que permitan garantizar un tratamiento homogéneo y comparable de la misma.

Nada que oponer a este sistema de información recíproca toda vez que nadie discute que la instauración real y efectiva de un sistema de información recíproca en todos los campos, epidemiología, medicina preventiva, asistencia sanitaria, gestión de centros y servicios, etc., bueno, completo y ágil es un elemento esencial del Sistema sanitario.

De momento, el Real Decreto 840/2002, de 2 de agosto, ha creado la Subdirección General de Sistemas de Información Sanitaria a la que encomienda la función de diseño y gestión del plan de sistemas de información del Sistema Nacional de Salud. También se habla en este Real Decreto de un Centro Nacional de Información Sanitaria.

A mi juicio, ese Centro Nacional de Información Sanitaria debe configurarse como una oficina técnica dependiente del Consejo Interterritorial de Salud con la participación de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y del Ministerio de Sanidad y Consumo, para lo que adoptaría cualquiera de las formas previstas en la legislación sobre las Administraciones consorciadas, y con la encomienda de recabar, elaborar y distribuir, la información general requerida y establecida por el Sistema Nacional de Salud.

En este contexto, obligado resulta traer a colación la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, creada por el Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, en cuanto unidad técnica de recogida de información epidemiológica, análisis e interpretación de la misma, y posterior difusión a los niveles operativos competentes de tal información y de los resultados de su análisis, así como de las recomendaciones. Esta organización constituye un importante paso en el ámbito de las necesarias actuaciones coordinadas de las Comunidades Autónomas y del Estado en materia de salud pública y fue aceptada por todos sin reserva alguna.

Empero, tal avance se ensombrece ante los repetidos e importantes brotes de legionelosis que venimos padeciendo a lo largo y ancho de este país durante estos últimos años. La mayoría de los expertos consideran que los brotes son debidos en buena medida a que no se comparte entre las Comunidades Autónomas la información obtenida en el control y eliminación de los mismos. Ha de decirse, pues, que ni la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica ni el Instituto de Salud Carlos III están siendo muy efectivos en la prevención de la legionela. Y las deficiencias han de imputarse tanto a la Administración estatal como a las propias Comunidades Autónomas, y posiblemente más a éstas que a aquella.

De ahí que todas las iniciativas tendentes a perfeccionar un Sistema de Información Sanitaria capaz de establecer un flujo informativo recíproco y permanente, que puedan utilizar y del que puedan beneficiarse todas las Administraciones sanitarias por igual, ha de aplaudirse sin reservas, vengan de donde vengan esas iniciativas y se instrumenten como se instrumenten.

4. Planes y programas sanitarios.

La ciencia administrativa y la legislación han consagrado la planificación como el instrumento paradigmático de la coordinación. Y, desde luego, técnica esencial de coordinación en el campo de la sanidad es, sin duda, la planificación. Se ha dicho por la ciencia administrativa que la planificación arranca siempre de la consideración global y conjunta de una determinada realidad, y que, con el fin de incidir en ella y para alcanzar determinados objetivos, establece las conductas que hay que seguir durante un tiempo determinado, precisando también los medios necesarios al efecto. La planificación es, pues, una actividad, y su instrumento más idóneo el plan. Sin embargo, el plan no es el único instrumento de la planificación pues sus objetivos también se pueden alcanzar a través de otras técnicas: directivas, subvenciones, autorizaciones, concesiones, etc.

La Ley General de Sanidad contempla y regula como técnica de planificación únicamente el plan. Prevé Planes de Salud autonómicos y de conjunto, así como el Plan Integrado de Salud. No cabe duda de que la elaboración y ejecución de planes sanitarios de ámbito autonómico y supraautonómico son un instrumento óptimo para integrar y armonizar las distintas políticas sanitarias y así dar coherencia al Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, es lo cierto que hasta ahora la coordinación mediante la planificación integrada no ha existido. Bastantes Comunidades Autónomas tienen aprobados sus planes de salud, pero el Ministerio de Sanidad y Consumo hace

tiempo que renunció definitivamente a la elaboración y aprobación del Plan Integrado de Salud previsto en la Ley General de Sanidad por las serias dificultades de elaboración que conllevaba y por su previsible falta de operatividad.

Pues bien, en el ámbito de la planificación creo que es inevitable arrinconar el Plan Integrado de Salud instaurado por el artículo 74 de la Ley General de Sanidad, dadas las escasísimas posibilidades de su elaboración y posterior aplicación³⁵. Convendría reformar el artículo 74 de la Ley General de Sanidad sustituyendo el Plan Integrado de Salud concebido como documento único que integra o recoge el resto de planes sanitarios, y sustituirlo o descomponerlo en diversos Planes Integrales de Salud elaborados en función de grupos de enfermedades, cuya viabilidad y operatividad actualmente está más acreditada.

Por ello, considero muy oportuna la decisión de los responsables del Ministerio de Sanidad y Consumo de impulsar las Planes Integrales de Salud por grupos de enfermedades, de inspiración inglesa. Los define como instrumentos de coordinación sanitaria que establecen criterios o modelos de atención comunes para la detección, tratamiento y rehabilitación de grupos de enfermedades. Su operatividad está fuera de dudas.

Y en este contexto de planes y programas conjuntos, importa recordar aquí que el artículo 7 de Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, encomienda a las Conferencias Sectoriales -en nuestro caso sería el Consejo Interterritorial de salud- la iniciativa para acordar su realización, la aprobación de su contenido, así como el seguimiento y evaluación multi-lateral de su puesta en práctica.

Por lo demás, como técnica de planificación también sería oportuno desarrollar las Acciones Sanitarias Conjuntas, entendidas como instrumentos de coordinación para mejorar las condiciones comunes de eficacia y rendimiento de los centros y servicios sanitarios. Pueden instrumentarse mediante una especie de directivas cuya declaración la hace al Gobierno central, correspondiendo al Consejo Interterritorial debatir y decidir la inclusión de las concretas actuaciones a desarrollar, que deberán ser aprobadas por las correspondientes Comunidades Autó-

³⁵ *En algunos ordenamientos jurídico-administrativos, los planes de ámbito nacional tienen bastante tradición. Así, en el urbanismo y la ordenación del territorio su regulación data, al menos, de 1956. Sin embargo, en los 50 años de vigencia nunca se ha llegado a redactar, aprobar y aplicar ninguno. Actualmente, han desaparecido.*

nomas. Asimismo, el Plan de Calidad para el conjunto del Sistema.

5. Normativa básica: la futura Ley de Calidad y Coordinación Sanitaria.

A. Sobre la dudosa oportunidad de la Ley.

Tanto el Gobierno central como el principal partido de la oposición, haciendo uso de los títulos competenciales que al Estado atribuye el artículo 149.1.1 CE -condiciones básicas de igualdad- y el artículo 149.1.16 CE -bases y coordinación general sanitaria- se han planteado cada uno de ellos la elaboración y remisión a las Cortes Generales de una ley cuyos contenidos fundamentales serían determinar los objetivos y acciones de la "coordinación general sanitaria". El PSOE remitió una proposición de ley que no prosperó y la del Gobierno central todavía está pendiente de convertirse en proyecto y de remitirse a las Cortes Generales. Ocurre, sin embargo, que se desea aprovechar este futuro texto legal para regular o completar la normación de otros ámbitos ajenos a la coordinación, como son la cooperación, la Alta Inspección, el catálogo de prestaciones sanitarias o, al menos, algunas cuestiones relativas a aspectos cualitativos de las prestaciones sanitarias. Incluso en el texto del partido de la oposición se perfiló con más detalle y contundencia la posición que la iniciativa privada ha de tener en el Sistema sanitario. En ambos textos legales se regularían también, entre otras cosas, el órgano mixto de coordinación (Consejo Interterritorial de Salud con las diferentes Comisiones que lo integran).

Sin embargo, la coordinación, más que de nuevas normas legales, de lo que está necesitada es de la generación de una auténtica cultura de cooperación y colaboración entre los responsables sanitarios. En lo que hace al nivel normativo, en líneas generales es suficiente con lo regulado en la Ley General de Sanidad, que ha sido objeto de una extensa interpretación por el Tribunal Constitucional. Insisto en que la coordinación no es tanto una cuestión de normas como una cuestión de actitudes y de talante. De ahí que el proyecto en ciernes se ha tildado de prescindible por algunos grupos políticos y responsables autonómicos de sanidad. No les falta parte de razón. Y digo parte porque, en todo caso, hay temas, y algunos de ellos inciden directamente en la coordinación, que sin dilación precisan ser reformados y regulados debidamente, y para eso sí es precisa una Ley. Son, a mi juicio, como mínimo las siguientes: a) completar los derechos de los ciudadanos ampliando el catálogo de derechos de los artículos 3 y 10 de la Ley General de Sanidad con, al menos, los contenidos enumerados en el apartado 2 del

primer epígrafe de este trabajo; b) potenciar el Consejo Interterritorial de Salud atribuyéndole las funciones de coordinación general sanitaria, para lo que es preciso reformar su composición, funciones y funcionamiento; c) redefinir los instrumentos de planificación sanitaria; d) la declaración como básica de determinada información a efectos de crear un sistema de información sanitaria unificado; e) incorporar a la Ley un nuevo capítulo dedicado a la asistencia socio-sanitaria.

Pero creo que tal Ley no debería titularse “de calidad y coordinación sanitaria” o “de acciones integradas en materia de sanidad” o de cualquier otra manera. Simplemente, debería ser una Ley de complementación y reforma parcial de la Ley General de Sanidad. Ello porque la Ley General de Sanidad continua siendo plenamente válida como cimiento del ordenamiento sanitario. La bondad de sus principios y planteamientos sobre una sanidad integral en lo sustantivo e integrada en lo organizativo y la aptitud del modelo organizativo que diseñó para construir el Sistema Nacional de Salud, siguen siendo hoy, al menos para mi y para amplios sectores de la doctrina científica³⁶, indiscutible. No conviene, pues, arrinconarla poco a poco mediante la solapada técnica de sustituirla paulatinamente por nuevas Leyes con planteamientos o modelos distintos de corte neoliberal y excesivamente economicistas, o de ruptura del reparto de competencias y funciones entre el Estado, las Comunidades Autónomas y los Entes locales, que actualmente se deriva del bloque constitucional. Antes bien, alcanzada quince años después de su promulgación la completa descentralización territorial de la asistencia sanitaria pública, ha llegado el momento de su plena aplicación y ejecución para lo que interesa recobre todo el protagonismo que se merece como soporte básico de un Sistema Nacional de Salud que necesariamente ha de descansar en una organización pública, esto es, en un sistema asegurador público único y universal. Puede y debe ser objeto de modificaciones parciales en lo necesario (Consejo Interterritorial de Salud, por ejemplo), pero en modo alguno conviene que pierda su protagonismo en favor de otras Leyes nuevas que subrepticamente la desvirtúen o arrinconen. En resumen, creo que no es indispensable una Ley de Calidad y Coordinación Sanitaria. Lo que es imprescindible es reformar y actualizar en lo necesario la Ley General de Sanidad así como promulgar la Ley reguladora del Catálogo de prestaciones sanitarias básicas comunes.

³⁶ Por toda, véase el interesante trabajo de J. PEMÁN GAVÍN, “Sobre el proceso de desarrollo y aplicación de la Ley General de Sanidad: balance y perspectivas”, *Revista de Derecho y Salud*, vol. 7, núm. 2, 1999, pág. 1 a 34.

B. Propuesta de cuatro cuestiones a incorporar y regular en la Ley.

A pesar de los varios intentos realizados por mi parte durante el tiempo de elaboración de este trabajo, no he logrado tener acceso a ninguno de los borradores del anteproyecto de Ley de Calidad y Coordinación Sanitaria que, supongo, se están manejando en el Ministerio de Sanidad y Consumo. Por lo tanto, no puedo hacer una valoración, ni positiva ni negativa, de los contenidos de esa futura Ley por la sencilla razón de que los desconozco, al menos en su concreta redacción³⁷.

No obstante, sin perjuicio de los anteriormente citados, seguidamente me permito apuntar cuatro concretos temas que, a mi juicio, merecen abordarse y ser objeto de tratamiento en esa Ley. Y los apunto porque tengo entendido que no es intención del Gobierno estatal el acometerlos o el hacerlo en el sentido que aquí propongo. Quizás, estas propuestas, o algunas de ellas, puedan ser consideradas y discutidas durante el debate parlamentario del proyecto de Ley.

a. Identificar los preceptos que respectivamente tienen la naturaleza de “bases” o de “condiciones básicas de igualdad”.

A tenor de los contenidos genericamente anunciados por el Ministerio, la Ley de Calidad y Coordinación Sanitaria necesariamente ha de tener la condición de norma básica en el sentido previsto en el artículo 149.1.16 y 17 de la Constitución, y su contenido, o parte de él, se ha de amparar también en el establecimiento de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos en el ejercicio de los derechos previstos en los artículos 43 y 51 de la Constitución (art. 149.1.1 CE). Pero la invocación de estos títulos, como viene siendo habitual, se hará sin precisión, es decir, sin referir los específicos títulos competenciales a los concretos preceptos de la ley. Pues bien, es cierto que reiteradamente ha dicho el Tribunal Constitucional que debe distinguirse entre el deber estatal de identificar formal y expresamente sus normas básicas y la inexistente obligación del legislador de invocar expresamente el título competencial que ampara sus leyes (STC 164/2001, f. j. 56, entre otras). Por tanto, que en nuestro caso no se identifiquen o anuden los títulos competenciales de los apartados 1º, 16º y 17º con concretos artículos de la ley no es inconstitucional, pero creo que sí es

³⁷ El único borrador de que dispongo es uno publicado en abril de 2002 por el Médicointeractivo titulado “Ley de Acciones Integradas en materia de Sanidad”. Me abstengo de hacer los comentarios sobre él por cuanto, posiblemente, los actuales borradores de la ley de Calidad y Coordinación Sanitaria que se estén manejando, tengan notables diferencias.

una mala técnica legislativa al contrariar de alguna forma el principio de seguridad jurídica por la confusión y ambigüedad que introduce.

Todas las Comunidades Autónomas han asumido competencias de desarrollo legislativo de las bases de la sanidad (apartado 16°). Por contra, sólo las Comunidades Autónomas históricas y asimiladas detentan competencias de desarrollo legislativo de la legislación básica de Seguridad Social (apartado 17°). En consecuencia, los concretos preceptos legales que el Estado quiera promulgar exclusivamente al amparo de la regla del apartado 17°, de manera que deba entenderse que son “legislación de Seguridad Social”, no podrían ser desarrollados por las Comunidades Autónomas del artículo 143 CE. Empero, si se opta por no identificarlos claramente se dará a entender que tanto son legislación básica de Seguridad Social como de Sanidad. Entonces, las Comunidades Autónomas del 143 los podrán desarrollar haciendo uso de sus potestades legislativas en materia de sanidad, y, evidentemente, en este caso no tendrá virtualidad práctica alguna hacer una genérica invocación en la ley al título competencial del apartado 17°. De ahí que, en el supuesto de que se invoque ese apartado, será preciso identificar los preceptos legales que se cobijen en esa regla.

De otro lado, no debe obviarse o despreciarse la distinción formulada por el Tribunal Constitucional entre condiciones básicas de igualdad (apartado 1°) y bases (apartado 16°) en el sentido de que “condiciones básicas de igualdad” no es sinónimo de “legislación básica”, “bases” o “normas básicas”, por lo que la competencia del artículo 149.1.1 no se mueve en la lógica de las bases estatales-legislación autonómica de desarrollo, y en el sentido de que el título competencial del apartado 149.1.1 sólo puede prestar cobertura a aquellas condiciones que guarden una estrecha relación, directa e inmediata, con el derecho a la protección de la salud. No cabe duda de que habrá preceptos que tengan una naturaleza dual, esto es, sean “bases de la sanidad” y “condiciones básicas e igualdad”, por lo que habrán de ampararse simultánea y indistintamente en ambos títulos, ello sin perjuicio de poder apreciar una prevalencia de unos sobre el otro, pero también habrá otros preceptos, concretamente los de carácter estrictamente organizativo, que sólo deben ampararse en el título competencial del apartado 16°. Entonces, sería buena técnica legislativa identificarlos y diferenciar unos de otros.

b. Reforzar el Sistema sanitario público universal y gratuito.

Fortalecer el posicionamiento de la Ley General de Sanidad en lo relativo a un sistema asegurador público único y universal y a la consecuente posición subsidiaria de la iniciativa privada. Tal declaración legal, a efectos de que funcione como axioma y basamento del nuevo Sistema de Salud plenamente descentralizado política y territorialmente, resulta oportuna en cualquier momento en razón de la cláusula constitucional del Estado social, y particularmente ahora, que tanto se predica por las voces neoliberales la crisis del Estado social y, por ende, de los servicios públicos prestacionales. Dicha declaración es pertinente, además, en atención al principio constitucional de solidaridad en cuanto mandato dirigido a los poderes públicos (solidaridad pública), del que pieza vital es precisamente un sistema público de salud de carácter universal y gratuito, lo que recientemente ha impelido al legislador estatal a categorizar la sanidad como un servicio público fundamental (artículo 15 de la LOFCA, según la redacción dada por la Ley 20/2001, de 27 de diciembre).

El Tribunal Constitucional, en su sentencia 62/1983, declaró que el principio de solidaridad se refleja en la concepción del Estado como social y democrático de Derecho y se traduce en una acción pública para la defensa de los intereses comunes. Desde la óptica del aseguramiento, como recientemente ha recordado PEMÁN GAVÍN³⁸, este principio requiere ineludiblemente del aseguramiento único y universal por el Estado de la protección de la salud del conjunto de la población, pues un riesgo como el sanitario, que afecta a toda la población pero que incide muy desigualmente sobre ella en el coste de la asistencia requerida, se soporta mejor cuanto más amplio es el colectivo de beneficiarios a los que cubre y que contribuyen a su financiación. El principio de solidaridad pública en sus dimensiones social, territorial e intergeneracional, quebraría si se sustituye por un aseguramiento privado voluntario u obligatorio completado con una cobertura estatal mínima (por ejemplo, medicina preventiva, acceso general a la fase de diagnóstico, y acceso al tratamiento de sólo algunas patologías) o de sólo determinados segmentos de población desfavorecida. Y vulneraría el principio de solidaridad porque el aseguramiento privado, por su propia lógica empresarial, selecciona riesgos y tiende a excluir a las personas que más necesidades sanitarias tienen (ancianos, minusválidos, crónicos, etc.) y con los que precisamente hay que

³⁸ “Las prestaciones sanitarias públicas: configuración actual y perspectivas de futuro”, *RAP*, núm. 156, 2001, pág.152.

ser solidarios. Y tampoco es equitativo que lo rentable económicamente se deje al aseguramiento privado y lo no rentable al aseguramiento público.

Desde la óptica de la gestión es evidente la tendencia de la Administración estatal, seguida por algunos gobiernos autonómicos, a potenciar la gestión de centros y servicios sanitario-asistenciales indirectamente mediante empresas mercantiles y con técnicas de derecho privado. En la actualidad, como paradigmas de esta tendencia pueden citarse, en el ámbito de la sanidad primaria, la gestión del centro de atención primaria de Vic (Barcelona) mediante concesión administrativa a una cooperativa de facultativos, y en el ámbito hospitalario, la gestión mediante concesión administrativa del Hospital de La Ribera, en Alcira. Siempre he criticado la apertura de las Leyes a la iniciativa privada con fin lucrativo para la gestión de centros de titularidad pública que realizan prestaciones sanitarias o de servicios sociales. Ello porque entiendo que no es aceptable hacer negocio de las necesidades humanas más elementales a costa de los recursos públicos, es decir, no debe mercadearse con las enfermedades y dolencias humanas poniendo en venta la atención a colectivos que, además, en razón de su precaria situación tienen poca capacidad para controlar y reclamar su propio bienestar. Quizás, en algunos casos y en determinadas condiciones, pueden quedar al margen de esta crítica la autogestión de centros (como el de Vic o Cerdeña) por cooperativas del personal que los atiende.

En este contexto público-privado, puede apuntarse también que el PSOE considera conveniente incorporar a la legislación básica estatal la prohibición de formalizar conciertos con centros asistenciales privados que tengan personal con doble dedicación. La bondad de tal propuesta me parece incuestionable. Sin embargo, creo que es una cuestión que no entra en el ámbito material de lo básico por lo que no corresponde regularlo al Estado sino a las Comunidades Autónomas en sus respectivas leyes de salud o de ordenación sanitaria.

c. Desligar la asistencia sanitaria pública del Sistema de Seguridad Social.

En línea con el cambio de rumbo operado estos últimos años, la futura Ley de Calidad y Coordinación Sanitaria desafortunadamente mantendrá e incluso reforzará la vinculación la asistencia sanitaria pública al Sistema de Seguridad Social, conformándola como una materia y título competencial diferente al de Sanidad, a cuyo efecto la Ley, además de hablar de “asistencia sanitaria de la Seguridad Social”, se apoyará en el artículo 149.1.16 CE y en el 149.1.17 CE, es decir, en el título

competencial “legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social”.

Como ya he escrito anteriormente³⁹, las razones que se manejan desde instancias centrales para justificar esta vinculación podemos resumirlas en la siguiente forma: a) la propia conceptualización sistémica de la Seguridad Social cuyo ideal de cobertura exige la incorporación de la asistencia sanitaria como una prestación más de la misma; b) la uniformidad del sistema normativo de la sanidad nacional aludido por el TC y la uniformidad de las condiciones de vida, principio éste que adquiere especial relevancia en el caso de los derechos prestacionales y, singularmente, en los servicios sanitarios en cuanto son instrumento específico de reducción de desigualdades sociales, por lo que -se dice- ha de expresarse a través del artículo 149.1.1 CE garantizando la uniformidad, puesto que la intervención normativa unitaria es la única forma de satisfacer el principio de uniformidad, y un sistema uniforme se alcanza mejor en el marco de la Seguridad Social cuyo régimen económico es competencia exclusiva estatal y, en consecuencia, permite al Estado actuar directamente en esta materia sin necesidad de tener que invocar la coordinación de las actividades asistenciales de las Comunidades Autónomas⁴⁰, las cuales deben, por

³⁹ *Sobre esta cuestión me remito a todo lo dicho en mi trabajo “La frustrada independización de la Asistencia Sanitaria Pública del Sistema de Seguridad Social” incorporado al informe SESPAS 2001 titulado “Invertir en Salud Pública. Prioridades para la salud pública en España”.*

⁴⁰ *La coordinación estatal quedaría reducida al ámbito de la salud pública y medicina preventiva. Sin embargo, tal planteamiento exige las siguientes matizaciones. Ciertamente el régimen económico de la Seguridad Social es competencia exclusiva del Estado, pero no lo es menos que las Comunidades Autónomas históricas y asimiladas se diferencian de las del artículo 143 CE en que asumieron como competencia propia el desarrollo legislativo y ejecución de la legislación básica de la Seguridad Social, por lo que pueden promulgar legislación de desarrollo de la legislación básica estatal en materia de asistencia sanitaria pública o “de la Seguridad Social”, como efectivamente lo han hecho. Así pues, respecto de estas Comunidades Autónomas, la coordinación estatal también debería extenderse a la asistencia sanitaria. Las Comunidades Autónomas del artículo 143 CE, en las modificaciones estatutarias operadas en 1998 y 1999, por contra, no asumen competencias de desarrollo legislativo de la legislación básica en materia de Seguridad Social. Con respecto a la asistencia sanitaria pública se limitan a asumir lo siguiente: Corresponde en los términos que establezcan las Leyes y las normas reglamentarias que en desarrollo de su legislación dicte el Estado, la función ejecutiva en las siguientes materias: gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, de acuerdo con lo previsto en el número 17 del apartado uno del artículo 149 CE, reservándose el Estado la alta inspección conducente al cumplimiento de la función a que se refiere este precepto. Así pues, prima facie, en la medida en que no tienen potestad de desarrollo legislativo, ni tan siquiera reglamentario, y que el régimen económico es competencia exclusiva estatal, la uniformidad en el ámbito de la asistencia sanitaria “de la Seguridad Social” sería total, por lo que, en efecto, a la Administración central no le haría falta coordinar nada, o ésta sería mínima con respecto a la necesaria coordinación de las Comunidades Autónomas históricas y asimiladas. No obstante, como he defendido en el trabajo citado en la nota anterior, entiendo que la asistencia sanitaria*

el contrario, ajustar sus actuaciones de ejecución a los criterios y disposiciones emanadas en materia de Seguridad Social; c) el hecho de que la Seguridad Social mantiene la mayor parte del patrimonio del Sistema Nacional de Salud; d) el hecho de que de la Seguridad Social sigue dependiendo todo lo relativo a la salud laboral. En definitiva, se aduce que esta vinculación es necesaria para garantizar la cohesión social.

No comparto en absoluto tales razones. A las mismas se pueden contraponer las siguientes: a) la STC 206/1997, de 27 de noviembre (f. j. 5), deja bastante claro que la Constitución no establece un contenido propio de la Seguridad Social, y que artículo 41 CE se limita a consagrar la garantía institucional de la Seguridad Social, su reconocibilidad, pero admitiendo diversos desarrollos legales de la misma, por lo que no necesariamente ha de comprender la asistencia sanitaria pública puesto que no le es algo innato; b) la cohesión social y la igualdad básica de los ciudadanos se puede garantizar por otras técnicas distintas a la uniformidad normativa, concretamente, las bases de la sanidad, la coordinación general del sistema sanitario, un modelo de financiación adecuado y solidario, etc., c) la vinculación de la asistencia sanitaria a la Seguridad Social rompe la concepción integral e integrada de la salud pública y la asistencia sanitaria, cuando por contra la Sanidad debe erigirse como un Servicio Público fundamental, universal, integral, integrado y descentralizado territorialmente; d) la idea de una asistencia sanitaria universal y uniformada, así pues, “nacional”, se maneja por las instancias centrales, antes que con fines sociales, es decir, como salvaguardia de la cohesión social, con fines políticos, esto es, como instrumento para impulsar en los ciudadanos el sentimiento nacional español y, por ende, como salvaguarda de la Nación española como entidad política frente a las “nacionalidades” autonómicas; e) el hecho de que los centros sanitario-asistenciales de la Seguridad Social transferidos a las Comunidades Autónomas sigan adscritos al patrimonio único de la Seguridad Social tenía sentido cuando la asistencia sanitaria se financiaba fundamentalmente a través de las cuotas de la Seguridad Social, pero ha perdido todo su sentido desde el momento en que dicha asistencia es financiada totalmente vía presupuestos generales, es decir, vía impuestos; f) cierto que a las prestaciones sanitarias por accidente de trabajo y enfermedad profesional la legislación de la Seguridad Social les otor-

ria es un subsistema del sistema Sanidad, por lo que el título competencial de desarrollo legislativo de la legislación básica en materia de sanidad interior habilita a todas las Comunidades Autónomas a la regulación de la asistencia sanitaria pública, esté o no integrada en la acción protectora de la Seguridad Social.

ga naturaleza contributiva, y hay, en virtud del artículo 77 de la LGSS/1994, empresas (Mutualidades de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales) que gestionan directamente la prestación de asistencia sanitaria a sus trabajadores⁴¹, pero incluso aceptado que la salud y asistencia sanitaria en el mundo laboral tenga naturaleza contributiva, no encuentro óbice legal para que la concreta prestación sanitario-asistencial sea responsabilidad de los servicios de salud autonómicos.

En fin, desde hace tiempo⁴² vengo defendiendo públicamente la total separación de la asistencia sanitaria pública del Sistema de Seguridad Social. Recientemente, otras voces mucho más autorizadas que la mía abiertamente se posicionan también en favor de esta separación⁴³.

d. Superar desigualdades territoriales y regular la financiación de desplazados.

A tenor del artículo 4 de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, el Fondo de Cohesión sanitaria tiene por finalidad garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español, y la atención a ciudadanos desplazados procedentes de países de la Unión Europea o de países con los que España tenga suscritos convenios de asistencia sanitaria recíproca, y será gestionado por el Ministerio de sanidad y Consumo. La distribución del Fondo de Cohesión sanitaria se ha de articular de acuerdo con su regulación específica, regulación inexistente de momento, y corresponde al Ministerio de Sanidad y Consumo establecer el procedimiento para compensar con cargo al fondo a las Comunidades Autónomas por el saldo neto de la asistencia sanitaria prestada a desplazados.

⁴¹ El grupo Socialista en el Congreso de los Diputados presentó en 1999 una proposición de Ley sobre “Integración de la asistencia sanitaria gestionada por las empresas colaboradoras en el Sistema Nacional de Salud” (BOCG, VI legislatura, B, 295, de 12 abril 1999) con la intención de suprimir esta posibilidad ya que resulta anacrónica. No prosperó.

⁴² Véase mi trabajo “La información sobre prestaciones y servicios sanitarios” publicado en la obra colectiva “Información y Documentación Clínica”, editada conjuntamente por el Consejo General del Poder Judicial y el Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1997, volumen II, pág. 485 a 527.

⁴³ Así, M. VAQUER CABALLERÍA, en “La consideración constitucional de los servicios sanitarios”, en el libro colectivo “Jornadas sobre descentralización y transferencias sanitarias”, Madrid, CCOO, 2001, pág. 41-62.; J. TORNOS MÁS, en “Sistema de Seguridad Social versus Sistema Nacional de Salud”, *Revista de Derecho y Salud*, vol. 10, núm. 1, 2002, pág. 5; y BARDAJI-VIÑAS, en el volumen coordinado por G. LÓPEZ CASASNOVAS, “Evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el Estado de las Autonomías”, *Fundación BBC-IEA*, 2001, pág. 32.

Pues bien, considero urgente e imprescindible una regulación adecuada de todo lo relativo a la financiación de los desplazados y a la distribución del Fondo de Cohesión Sanitaria, valorando seriamente su cogestión entre Estado y Comunidades Autónomas y la posibilidad de una facturación horizontal entre los Servicios de Salud autonómicos con base en los pacientes importados y exportados y el coste específico de las patologías atendidas⁴⁴. En todo caso, una normativa común al respecto es obligado para preservar el carácter universal de la prestación sanitaria.

Lo anterior ha de conectarse, a su vez, con el artículo 12 de la Ley General de Sanidad en cuanto exige de los poderes públicos orientar sus políticas de gasto sanitario en orden a corregir desigualdades sanitarias, según dispone el artículo 158.1 CE, y con el artículo 81 de dicha Ley, que manda realizar una asignación de recursos financieros que tengan en cuenta las inversiones sanitarias a realizar para corregir las desigualdades territoriales sanitarias existentes. Al respecto, señalar que tampoco puede demorarse la disposición y distribución de los fondos estatales necesarios para superar definitivamente las todavía profundas desigualdades territoriales existentes en algunos ámbitos como la salud mental, la asistencia en el medio rural, la asistencia socio-sanitaria, la alta tecnología, etc. Como ya he escrito en otro lugar, el encanto de la diversidad autonómica es admisible a partir de la superación de esas profundas desigualdades históricas existentes. Mientras tanto, la diversidad autonómica no es tal sino sangrante discriminación. La igualación, lógicamente, no pasa por una equiparación materialmente idéntica de servicios y tecnología en todas las autonomías, pero sí pasa, entre otras cosas, por la regulación e implantación de un ágil y eficaz sistema de centros y servicios de referencia y por la correcta financiación del coste de la asistencia prestada por los centros y servicios receptores a través del Fondo de Cohesión Sanitaria.

⁴⁴ No obstante, por lo debatido en el Consejo Interterritorial celebrado el 15 de abril de 2002 y por posteriores declaraciones de la que fue Ministra en la Comisión de Sanidad del Congreso celebrada el día 25 de junio de 2002, parece que es intención del Ministerio gestionar en exclusiva este fondo y configurarlo como una ayuda estatal para financiar exclusivamente los tres siguientes ámbitos: a) el desarrollo de programas dirigidos a promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud y la equidad en el acceso a prestaciones de calidad; b) cubrir la asistencia hospitalaria prestada a pacientes desplazados a otras autonomías porque en la suya no existe el servicio necesario (patologías complejas); c) la asistencia prestada en estancia temporal a asegurados de otros países de la Unión Europea y a extranjeros en general.

IV. LA COORDINACIÓN Y COOPERACIÓN EN EL ÁMBITO AUTONÓMICO Y LOCAL.

1. Cooperación interautonómica.

A. Consideraciones generales.

En cualquier Estado compuesto, la cooperación o colaboración entre los diferentes centros de poder territoriales resulta imprescindible para mantener la coherencia del propio sistema. Más, si cabe, en ámbitos de actuación pública como el sanitario en el que los virus, gérmenes, bacterias, priones, etc., no conocen de fronteras administrativas. Incluso las personas, que sí tienen discernimiento y, por tanto, conocen esas fronteras, tampoco las respetan pues inoportunamente enferman y tienen accidentes con lesiones cuando están fuera del territorio de su Comunidad Autónoma. Frente a esta lamentable realidad, a las Comunidades Autónomas no les resta otra cosa que cooperar entre ellas diseñando soluciones e instrumentando planes de actuación efectivos para dar cara a todos los problemas comunes que les plantean la salud pública y la asistencia sanitaria.

Con apoyo en el artículo 145.2 de la Constitución, todos los Estatutos de Autonomía contemplan y regulan la posibilidad de que la respectiva Comunidad Autónoma formalice Convenios de cooperación con otra u otras Comunidades Autónomas para la gestión y prestación de servicios propios correspondientes a materias de sus competencias. En el marco estatutario, por gestión y prestación de servicios ha de entenderse las funciones ejecutivas a desarrollar en la materia de que se trate. El ámbito propio de un Convenio de cooperación es, pues, la ejecución de una materia⁴⁵. Como dice la STC 132/1996, el objeto de estos convenios es precisamente la vertebración del necesario principio de cooperación que sustenta el Estado Autonómico. Empero, la excesiva rigidez y formalismo de estos Convenios (control por el Senado y Parlamentos autonómicos) ha sido hasta ahora un freno para el efectivo ejercicio por esta vía de acciones cooperativas.

A su vez, el Título primero de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, dedicado a las Administraciones públicas y sus relaciones, así pues, a fijar criterios organizativos básicos, asienta dichas relaciones interadministrativas en los

⁴⁵ Sobre el ámbito de estos Convenios, entre otros trabajos, véase el de PEDRO IBÁÑEZ BUIL, "Los Convenios entre Comunidades Autónomas", REALA, núm. 274-275, 1997, pág. 487 a 502.

principios de solidaridad, coordinación y cooperación, en la medida en que, ciertamente, dichos principios han de dar coherencia al Estado autonómico. Cita también el principio de lealtad institucional como criterio rector que facilite la colaboración y cooperación entre las diferentes Administraciones públicas implicadas. Sin embargo, dicho título se centra exclusivamente en desarrollar técnicas de cooperación verticales, es decir, entre la Administración del Estado y las de las Comunidades Autónomas y Entidades Locales. Nada expresa de las horizontales, esto es, de las relaciones entre las Administraciones de las propias Comunidades Autónomas; vacío legislativo que induce a pensar que el legislador estatal posconstitucional no tiene mucho interés en potenciarlas, que es reticente a las mismas por cuanto pudieran fortalecer a las Comunidades Autónomas y debilitar la posición del Gobierno estatal en el Estado compuesto de que nos hemos dotado. En suma, desea y procura que todo siga pasando por Madrid.

Descendiendo ya a la materia sanidad, significar que las leyes autonómicas de salud y ordenación sanitaria apenas han incorporado declaraciones y previsiones normativas tendentes a potenciar e impulsar todo lo relativo a la necesaria coordinación y cooperación sanitaria interautonómica. Ni tan siquiera la reciente Ley 2/2002, de 17 de abril, de La Rioja, que admitiendo las limitaciones diagnósticas y terapéuticas de su Sistema sanitario, en su artículo 57, con la rúbrica de “desplazamientos”, se limita a declarar la necesidad de utilizar los recursos asistenciales ubicados en otras Comunidades Autónomas. En parecidos términos, la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón. En lo que a mi me consta, únicamente la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, con la rúbrica de cooperación en materia de salud pública, dispone su artículo 57 que *“Se potenciará la cooperación interinstitucional y se garantizará la integración efectiva de los programas de salud pública en los referentes de la Unión Europea. Asimismo se promoverán medidas de colaboración y transmisión de información entre los profesionales de la salud pública de la Administración General del Estado y de las Comunidades Autónomas, a fin de garantizar la utilización de datos comparables y el desarrollo de actuaciones conjuntas.”* De todos modos, la habilitación estatutaria a que me he referido antes puede ser suficiente a nivel normativo autonómico para potenciar un talante de cooperación y coordinación horizontal entre las Comunidades Autónomas en materia sanitaria.

En cualquier caso, importa señalar que no es imprescindible una mayor proliferación de concretas nor-

mas estatales o autonómicas impulsoras de la cooperación entre las Administraciones de las Comunidades Autónomas para que dicha técnica de colaboración sean una realidad, pues el alcance de tales preceptos, por lo general, no supera al de unas meras declaraciones de intenciones. Lo indispensable es que los políticos y responsables de la sanidad autonómica se conciencien del tema, lo asuman como ineludible necesidad y se genere una auténtica y fructífera cultura de cooperación y coordinación. La coherencia y vertebración del Sistema Nacional de Salud se ha de cimentar, a mi juicio, no tanto en unas relaciones de coordinación y cooperación entre el Estado y las Comunidades Autónomas, sino precisamente en una espontánea, libre y directa (así pues, sin necesaria mediación del Estado) coordinación y cooperación entre las Comunidades Autónomas, ello sin negar o rechazar el papel impulsor que pueda hacer la Administración del Estado. Y al respecto, es de advertir que hasta ahora su postura ha sido más bien reticente ante las pocas iniciativas autonómicas de cooperación que se han intentado sin su dirección o tutela.

La ciencia administrativa sistematiza las posibles técnicas cooperativas en dos ámbitos: orgánicas y funcionales. Mediante las técnicas orgánicas las Administraciones implicadas crean órganos administrativos de carácter deliberante o consultivo. Mediante las técnicas funcionales se formalizan acuerdos o convenios con el objeto de realizar actuaciones conjuntas y unitarias en la materia de que se trate. La elaboración y ejecución de planes conjuntos es una de las técnicas de cooperación funcional.

Hasta ahora, salvo puntuales Convenios de colaboración y cooperación con otras Comunidades Autónomas limítrofes y con el desaparecido Insalud, fundamentalmente a efectos de ordenar la asistencia hospitalaria urgente que precisa determinada población residente en zonas con una especial ubicación geográfica, todo lo relativo a la implementación y formalización de cauces de coordinación y cooperación interautonómica está prácticamente inédito. Sin duda, en tamaña inactividad ha influido notablemente el hecho de que hasta fin del año 2001 el Insalud siguiera gestionando y prestando la asistencia sanitaria pública en diez Comunidades Autónomas. Empero, una vez salvada esa indeseada situación de descentralización territorial parcial, así pues, asumida la ordenación y gestión de la asistencia sanitaria pública por todas las Comunidades Autónomas, inmediatamente se ha puesto de manifiesto la necesidad de formalizar entre ellas Acuerdos y Convenios de coordinación y cooperación con un alcance mucho mayor que el de solucionar

los problemas de asistencia sanitaria a población fronteriza. Como seguidamente veremos, se han formalizado ya algunos Convenios que están dando sus primeros frutos.

Al respecto, obligado es citar los Protocolos de Coordinación Sanitaria formalizados el 16 de octubre de 2001 por las Comunidades Autónomas de Madrid, Castilla-La Mancha, Castilla y León y Extremadura, el 22 de febrero de 2002 entre las Comunidades Autónomas de Cataluña y Aragón y en junio de 2002 entre Navarra y La Rioja y entre Asturias y Cantabria. Todos estos protocolos definen un ámbito de cooperación estable en materia de asistencia sanitaria pública creando para ello unas determinadas Comisiones encargadas de definir ámbitos de coordinación entre las Administraciones firmantes en relación con la materia objeto del Protocolo. Utilizan, pues, la técnica de cooperación orgánica. Es un hecho incontrovertible, pues, que la cultura de cooperación y coordinación entre las Comunidades Autónomas para armonizar y optimizar los recursos sanitarios está proliferando, y ello, además, sin Ley estatal de coordinación sanitaria.

Llama la atención que en un medio de comunicación⁴⁶ se ha dicho, más bien criticado, que estos Convenios y Acuerdos de cooperación y coordinación interautonómicos están formalizándose antes de la entrada en vigor de la Ley de Coordinación Sanitaria, esto es, antes de que el legislador estatal defina el, se supone que obligado, marco para la coordinación entre las Comunidades Autónomas. Obviamente, reticencias de este tenor son un puro dislate, puesto que la cooperación entre Comunidades Autónomas, siempre voluntaria, no necesita de marco legal estatal alguno para su instrumentación. Han de proliferar y generalizarse los Convenios de cooperación entre las Comunidades Autónomas sin que para ello sea necesario liderazgo o tutela alguna por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo. Y han de generalizarse porque en buena medida es, justamente, en estas técnicas cooperativas interautonómicas donde se asentará un Sistema sanitario armónico, homogéneo, coherente y solidario.

En este nuevo contexto, el Consejo Interterritorial de Salud, órgano de encuentro de todas las Administraciones sanitarias autonómicas, debe asumir necesariamente un papel clave e imprescindible respecto a la forzosa cooperación o colaboración entre las Comunidades Autónomas, propiciando en su seno fórmulas cooperativas, fundamentalmente las funcionales, que instrumenten planes y actuaciones unitarias tanto en el ámbito de la salud pública

⁴⁶ Véase *Diario Médico* de 10 de junio de 2002.

ca como en el de la asistencia sanitaria. Y este impulso cooperativo, insisto, debe nacer de las propias Administraciones autonómicas; debe estar siempre presente en las carteras de los Consejeros de Salud; no han de esperar a que sea el Ministerio de Sanidad y Consumo quien, a través de la Secretaría del Consejo, formule y proponga las actuaciones o planes a consensuar.

B. Algunos ámbitos donde urge la cooperación.

- Un ámbito en el que creo ha de incidirse particularmente por las Comunidades Autónomas cooperando estrechamente al respecto, es en el de la disminución de la variabilidad de la práctica clínica y de la mala praxis⁴⁷, pues supone una importante fuente de desigualdad de trato de los usuarios del Sistema; desigualdades que han de reputarse como auténticas iniquidades. De ahí que sea preciso y urgente consensuar, de un lado, planes de formación continuada del personal sanitario, y, de otro, planes de gestión de calidad, protocolos estandarizados de prácticas clínicas, implantación generalizada del Uso Tutelado para nuevas tecnologías, etc. De todos modos, esta temática también debe ser abordada por el Estado en la futura Ley de prestaciones sanitarias en la que ha de sentar las bases para lograr la estandarización y homogeneidad en los contenidos y procedimientos de las prestaciones comunes y básicas. Realmente, el problema de las prestaciones sanitario-asistenciales no está ahora tanto en los aspectos cuantitativos como en los cualitativos.

- También, desde el punto de vista epidemiológico, parece a todas luces conveniente consensuar y establecer un calendario unificado de vacunaciones en todas las Comunidades Autónomas. Incluso tal calendario debe ser similar en el ámbito de la Unión Europea.

- La prestación farmacéutica es otro de los campos inexcusables para consensuar actuaciones conjuntas dirigidas a optimizar el uso racional del medicamento y a controlar el crecimiento del gasto farmacéutico, tendiendo a la convergencia de políticas en materia de prestación farmacéutica y a la unificación en la compra de fármacos.

- Lo relativo a la asistencia a desplazados y urgencias es campo obligado de cooperación. Ha de establecerse servicios de referencia, listas de espera unificadas, atención a urgencias, atención a pacientes de zonas limítrofes, circuitos administrativos y sistemas de compensación económica ágiles y eficaces, etc.

⁴⁷ Sobre la falta de actualización de conocimientos e incompetencia médica, véase el trabajo de P. ALONSO Y J. M. RODRÍGUEZ "Ética y variabilidad de la práctica clínica", *RAS*, núm. 13, 2000, pág. 23 y siguientes.

- Asimismo, han de pactarse circuitos de información recíproca a efectos de facilitar rápidamente y al máximo la transmisión del conocimiento sanitario. Particularmente en el campo de la epidemiología. Como ya he comentado supra, los insistentes e importantes brotes de legionelosis que padecemos en nuestro país en estos últimos años, a juicio de los expertos son debidos en buena medida a que no se comparte entre las Comunidades Autónomas la información obtenida en el control de dichos brotes. Y esto es inaceptable.

2. Coordinación o integración de los dispositivos de salud pública, asistenciales y sociales.

A. La coordinación o integración de los dispositivos de salud pública autonómicos y locales.

Un campo donde existe descoordinación funcional es en el de la salud pública. Téngase presente que en esta materia las competencias de gestión están repartidas entre la Administración sanitaria de la Comunidad Autónoma y las entidades locales, a quienes la legislación sanitaria y de régimen local han atribuido importantes competencias de control sanitario. Dos opciones caben para lograr la unidad de actuación. Una de ellas es procurar la debida coordinación creando al efecto un órgano de colaboración de la Administración autonómica con las entidades locales (artículo 58 de la Ley de Bases de Régimen Local), pero en la medida en que este órgano sólo puede desempeñar funciones de carácter consultivo o deliberante, no creo que esta vía sea muy efectiva. La otra, más efectiva a mi juicio, es tender a la integración de servicios y actuaciones creando al efecto un órgano consorcial, un Consorcio con la Administración sanitaria autonómica (artículo 87 de la Ley de Bases de Régimen Local). La figura del Consorcio, que conviene se fundamente en un Convenio previo, implica a los órganos de gestión de las Administraciones públicas que han decidido realizar en común las actuaciones propias de gestión de la salud pública, para lo que crean un órgano mixto, si bien el ejercicio conjunto de sus competencias no altera la distribución de las mismas entre las partes. El Consorcio puede constituirse entre una o varias Administraciones locales y la Administración de la Comunidad Autónoma. Son posibles, pues, diversas variantes. Al respecto, habrá de estarse también a lo que disponga la respectiva legislación autonómica. Creo que es factible el establecimiento de un Consorcio entre los Ayuntamientos de los municipios de mayor población y la Administración autonómica. Sin embargo, queda bastante camino por andar en la puesta en práctica de estas técnicas asociativas entre las diversas Administraciones públicas compe-

tentes en materia de salud pública. Cataluña tiene una dilatada experiencia en la creación y gestión de Consorcios sanitarios.

B. La integración de los niveles de atención primaria y especializada.

Evidentemente, la eficacia y efectividad de los Servicios de Salud autonómicos pasa, en primer lugar, porque sus centros estén bien gestionados⁴⁸, y, en segundo lugar, por que los dispositivos sanitario-asistenciales estén debidamente integrados o coordinados, algo que no siempre ocurre. La experiencia nos enseña que, incluso en las Comunidades Autónomas históricas y asimiladas que asumieron desde el inicio de su andadura la gestión de la salud pública y de la asistencia sanitaria, su integración no es todo lo deseable. Incluso en el ámbito de la asistencia sanitaria o de sus diferentes niveles asistenciales también se observan deficiencias de coordinación o integración.

Quizás, uno de los casos más llamativos de falta de integración sea el de la salud mental y asistencia psiquiátrica. En efecto, mientras en algunas Comunidades Autónomas, como Navarra, la red asistencial de salud mental está plenamente integrada en la red de asistencia sanitaria especializada, no ocurre lo mismo en otras Comunidades Autónomas donde la separación de los servicios de salud mental del resto de la red de asistencia sanitaria sigue estigmatizando y discriminando al enfermo mental. La permanencia en algunas Comunidades Autónomas de la histórica situación de separación y marginación del enfermo mental, acompañada de una insuficiente dotación de medios asistenciales, es sangrante desde la óptica, no

⁴⁸ Actualmente, nos movemos en un contexto de auténtica confusión respecto de las técnicas jurídicas de gestión del servicio público de la sanidad, confusión generada por la Ley 15/1997, de 25 de abril, de habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, cuando en su artículo único diseña dos grupos de gestión: a) la gestión directa o indirecta a través de la constitución de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en derecho (realmente, todas estas fórmulas de gestión son directas); b) La prestación mediante acuerdos, convenios o contratos con personas o entidades públicas o privadas, en los términos previstos en la Ley General de Sanidad (estas son las indirectas). A lo que hay que añadir el artículo 111 de la Ley 50/1998, de 30 de diciembre, que inventa las fundaciones públicas sanitarias. Realmente, conforme a la doctrina administrativa más asentada, las formas de gestión directa son las siguientes: a) Gestión indiferenciada; b) Establecimiento sin personalidad: órgano especial de gestión; c) Organismo autónomo administrativo; d) Entidad de derecho público, que ajusta su actividad al derecho privado, e) Fundación pública. Las formas de gestión indirectas son: a) Concesión administrativa; b) Concerto; c) Sociedad mixta (capital parcial de la Administración); d) Arrendamiento (en desuso); d) Gestión interesada (a medias entre gestión directa y concesión administrativa). Sobre esta temática de las fórmulas de gestión véase el trabajo de F. J. VILLAR ROJAS "Responsabilidad en la gestión directa. Especial referencia a las nuevas fórmulas de gestión: Fundaciones", *Revista Derecho y Salud*, Vol. 8, núm. 1, 2000, pág. 1 a 16.

ya del derecho a la protección de la salud, sino del principio constitucional de dignidad de la persona. Y en este contexto, como crítica general a todo el sistema de salud mental, ha de resaltarse el silencio del ordenamiento jurídico sobre las condiciones, y su control, en las que se desarrolla el tratamiento del enfermo mental en régimen cerrado, régimen en el que no es infrecuente el aislamiento, la utilización de medios coercitivos, etc., y en el que resultan limitados los derechos fundamentales a la libertad, a la intimidad, al secreto de las comunicaciones a la integridad moral, incluso a la integridad física, etc. AZNAR LÓPEZ⁴⁹ ha categorizado este silencio de clamoroso e inexplicable. Son particularmente necesarias aquí las “Cartas de Servicios” reguladoras de los procedimientos, técnicas y formas de tratamiento en régimen cerrado de los enfermos mentales.

Donde apenas existe coordinación es entre los niveles de asistencia primaria y de especializada⁵⁰. Y esto, más que una constatación, es una crítica que debe extenderse a todas las Comunidades Autónomas sin excepción puesto que desde hace tiempo todos los estudios apuntan a que la Atención Primaria debe ser el centro de gravedad del sistema asistencial y debe detentar el poder para orientar y dirigir la trayectoria del paciente a través de los distintos niveles de atención especializada, lo que reclama un importante grado de integración organizativa y funcional de los niveles primario, secundario y terciario. Cierto que los responsables autonómicos están trabajando para alcanzar la debida coordinación o, en su caso, la integración de los diferentes ámbitos y niveles sanitario-asistenciales. Iniciativas y experiencias como la Dirección Única de Área con integración de los servicios de asistencia primaria y asistencia especializada al objeto de garantizar la continuidad asistencial de los usuarios son muy interesantes y necesarias. Posiblemente, sea plenamente acertada la valoración del nuevo Servicio Madrileño de Salud de que la coordinación entre los médicos de primaria y los de especializada empíricamente se haya demostrado inútil por lo que, arrinconando los fracasados intentos de coordinación de los niveles, lo operativo sea proceder a la progresiva pero decidida integración de ambos niveles asistenciales, lo que, sin duda, redundará, además, en un mejor equilibrio entre los mismos, evitándose la crónica desviación del sistema sanitario-

⁴⁹ “Internamientos civiles y derechos fundamentales de los usuarios de centros sanitarios, sociales y sociosanitarios”. *Editorial Comares, 2000, pág. 94.*

⁵⁰ *Es sintomático de esta descoordinación el hecho de que los contratos-programas se formalicen separada e independientemente, por un lado, con los centros hospitalarios y, por otro, con los centros de atención primaria.*

asistencial hacia la asistencia especializada. Conviene estar muy atentos a estas experiencias.

Y en línea con lo dicho, no puedo resistirme a cuestionar, a poner en duda, lo acertado de la opción de la Comunidad Autónoma de Madrid de no integrar organizativamente la red de centros y servicios de Insalud con la propia red de la Comunidad Autónoma. La Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria, crea, de un lado, el Servicio Madrileño de Salud, que asume todos los centros y servicios del extinto Servicio Regional de Salud, y, de otro, el Instituto Madrileño de Salud, que incorpora todos los transferidos centros, servicios y establecimientos sanitarios del Insalud. Justifica el preámbulo de la Ley esta opción con las siguientes palabras: “*El diseño de estos elementos se hace imprescindible en este momento de la asunción de las competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, en la medida que las diferencias patrimoniales, contables, laborales, culturales y de sistemas de información, entre otras, hacen imposible la fusión sin más de esas estructuras, a fecha de hoy, sin generar importantes distorsiones en la gestión. A la vez, esto no significa que el esfuerzo de equiparación y de convergencia no haya de hacerse en el futuro próximo.*” Quizás, en un primer momento sea una opción recomendable desde el punto de vista de la gestión, pero a medio plazo seguramente generará tensiones laborales y distorsiones organizativas que no compensarán esas supuestas ventajas iniciales. Desde luego, en la Ley se plantea como una medida provisional, pero todos sabemos que la mejor fórmula para que una medida se haga definitiva es, y esto no es un tópico, tildarla de provisional en la Ley.

C. La necesaria potenciación y convergencia de la asistencia socio-sanitaria.

Nuestra actual estructura demográfica con el progresivo e imparable envejecimiento de la población implica que los mayores de 65 años consumen el mayor porcentaje de los recursos sanitarios y del gasto sanitario⁵¹. De ahí que sea una necesidad ineludible reorientar en parte el sistema sanitario hacia la atención de una población envejecida potenciando en todo lo necesario los servicios socio-sanitarios. Importante sector de población al que hay que sumar otros grupos de “dependientes” como los enfermos mentales, los inmigrantes, los drogadictos, etc., que también necesitan de una asistencia socio-sanitaria.

⁵¹ *Según las estadísticas, los mayores de 65 años consumen el 30% del gasto de atención primaria, el 47% del gasto de atención especializada, y el 48,7% del gasto farmacéutico, y los mayores de 70 años consumen el 40% del total del gasto sanitario.*

Actualmente, por lo general, la sanidad y los servicios sociales se conforman como dos sistemas paralelos con estructuras funcionales y organizativas propias - Consejería de Salud y Consejería de Bienestar Social, cada una con su respectivo organismo autónomo gestor-. Sin embargo, existen puntos importantes de convergencia entre ambas estructuras que obligan a la coordinación de actuaciones e, incluso, a la unificación de múltiples programas asistenciales. Así, en el ámbito de la atención primaria, las actuaciones en el campo de la salud y la asistencia social están muy interrelacionadas, hasta el punto que llegan a confundirse pues ambos sistemas procuran un tratamiento preventivo, educativo y asistencial de la persona dependiente, modulando a tal efecto programas sanitario-asistenciales. En muchos casos, las demarcaciones territoriales de los servicios sociales de base se fijan por remisión a las previstas para las zonas básicas de salud. También es usual definir como funciones de los equipos de atención primaria las de colaborar en las tareas de reinserción social y la de coordinarse con los servicios sociales de su zona, participando activamente en la programación, ejecución y evaluación de sus programas. No es preciso resaltar que la coordinación de los servicios sociales de base y los de salud mental es decisiva. A su vez, en el ámbito de la asistencia especializada las interconexiones surgen continuamente. Es el caso, por ejemplo, de la prevención de minusvalías o de la asistencia a drogadictos o alcohólicos, pero sobre todo la atención a los ancianos. Incluso el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de las prestaciones el Sistema Nacional de Salud, reclama la interacción entre sanidad y servicios sociales al disponer que *“la atención a los problemas o situaciones sociales o asistenciales no sanitarias que concurren en situaciones de enfermedad o pérdida de la salud tendrán la consideración de atenciones sociales, garantizándose en todo caso la continuidad del servicio a través de la adecuada coordinación por las Administraciones Públicas correspondientes de los servicios sanitarios y sociales.”*

Sin embargo, a pesar de las previsiones normativas al respecto, es lo cierto que en el presente año 2002 la coordinación entre la sanidad y los servicios sociales es insuficiente e, incluso, en algunos casos, inexistente. Quizás ello sea debido a que -según la experiencia impulsa a sostener- la coordinación entre los Ministerios estatales o las Consejerías autonómicas ha sido históricamente muy débil, cuando no inexistente, hasta el punto de que puede considerarse utópica y, como tal, inalcanzable. Pues bien, partiendo de este presupuesto, en mi opinión, es conceptualmente aconsejable la unificación de las Consejerías de Sanidad y Bienestar Social al me-

nos en las Comunidades Autónomas pequeñas como, por ejemplo, Navarra.

Y si la coordinación entre las diferentes consejerías de las Comunidades Autónomas (interior, sanidad, bienestar social), en general, brilla por su ausencia, lo mismo puede predicarse de la coordinación entre estas consejerías y las entidades locales (Ayuntamientos, Mancomunidades de municipios), ello a pesar de que éstas últimas tienen mucho que decir y hacer en este concreto campo de la atención a personas dependientes. En fin, tampoco puede hablarse de coordinación entre las Comunidades Autónomas y entre éstas y el Estado.

Cierto también que, conscientes el Estado y las Comunidades Autónomas de estos desajustes y del tremendo desarrollo que precisa la atención socio-sanitaria, la Administración central y los servicios técnicos de las Comunidades Autónomas están elaborando e implementando planes de asistencia socio-sanitaria y trabajan intensamente en aunar esfuerzos en los distintos niveles asistenciales para coordinarlos debidamente. Pero quizás no sea esto suficiente si no va acompañado de la integración de las estructuras organizativas cuando esta integración es factible y, a mi juicio, lo es en la mayoría de las Comunidades Autónomas.

En suma, es imprescindible una convergencia de las competencias disgregadas que puedan unificarse, una coordinación de recursos de las Administraciones autonómicas y locales implicadas, un decidido apoyo de las instancias estatales, y una efectiva planificación de actuaciones y de financiación de la asistencia socio-sanitaria⁵².

V. EPÍLOGO.

Sin duda, estamos viviendo momentos difíciles pero también claves y apasionantes en la definitiva conformación de nuestro sistema sanitario público, que, conforme a los parámetros constitucionales fielmente recogidos en la Ley General de Sanidad, ha de ser universal, gratuito y caracterizado por una sanidad integral en lo sustantivo e integrada en lo organizativo. Sin embargo, durante toda

⁵² Actualmente, con relación a las situaciones de dependencia se está reclamando por diversos sectores y profesionales la conveniencia de separar e independizar las prestaciones sociosanitarias de las sanitarias, regulando un catálogo propio y específico para aquellas, incluso se postula la promulgación de una Ley de Dependencias, y en cuanto a su aseguramiento, instituir un seguro público de dependencia que consistiría en el pago de una póliza obligatoria sobre la que la Administración correspondiente establecería subsidios inversamente proporcionales a la renta de los ciudadanos dependientes, subvencionando en parte a aquellos con menor necesidades y en todo a los necesitados, tras una prueba rigurosa de sus rentas y patrimonio. En suma, un modelo mixto de aseguramiento con participación pública y privada.

la década de los años noventa y en la actualidad, con apoyo en la supuesta crisis del Estado social o Estado de Bienestar, en la presunta incapacidad de las Administraciones públicas para gestionar eficazmente servicios tan complejos y costosos como el de la asistencia sanitaria, que, además, se dice, necesitan de recursos económicos adicionales que el Estado no puede aportar, este modelo ha sido y está siendo cuestionado y puesto en entredicho desde posiciones neoliberales que postulan en lo sustantivo la separación de la salud pública de la asistencia sanitaria y la introducción del copago en ámbitos de esta última, sin importarles las desigualdades de trato que tal decisión implica en razón de la distinta capacidad de pago de los usuarios (ciertamente, sólo he oído hablar a los políticos y altos cargos de las Administraciones sanitarias de la necesidad de introducir o ampliar el copago para determinadas prestaciones, nunca les he oído hablar de introducir el copago sólo para las rentas medias y altas con criterios de progresión y excluirlo para las bajas), y en lo organizativo, de un lado, la empresarización de los centros asistenciales públicos así como la gestión indirecta de centros y servicios sanitario-asistenciales mediante empresas mercantiles y con técnicas de derecho privado, y, de otro, como corolario del llamado “Pacto Local” una segunda descentralización en las entidades locales con, a mi entender, el doble fin último, no explicitado lógicamente, de que determinados servicios, en nuestro caso sanitario-asistenciales, terminen en manos privadas dada la crónica incapacidad financiera y de gestión de las entidades locales⁵³, y de restar a las Comunidades Autónomas capacidad prestacional debilitándolas en lo posible como “nacionalidades”.

A estos planteamientos revisionistas han de añadirse las incertidumbres surgidas a partir del traspaso de la asistencia sanitaria, pues finalizada la gestión por el In-salud de la asistencia sanitaria pública en diez Comunidades Autónomas, el Ministerio de Sanidad y Consumo en estos momentos no perfila clara y definitivamente el papel que en el futuro le corresponde desempeñar en el

Sistema Nacional de Salud. Y no lo perfila porque no hay pleno consenso al respecto con las Comunidades Autónomas, ni tan siquiera con las de su mismo signo político. De otro lado, es un hecho que las Comunidades Autónomas se han convertido en las verdaderas protagonistas del Sistema Nacional de Salud pues, además de la gestión de la salud pública y de la asistencia sanitaria, asumen un decisivo papel en la conformación del Sistema por cuanto tienen potestad legislativa para definir, en el marco básico fijado por el Estado, su propia política sanitaria y, por ende, su propio Sistema sanitario con las peculiaridades y diferencias que estimen convenientes, fundamentalmente, a través de sus ofertas de servicios sanitario-asistenciales, moldeando así un mayor o menor contenido del derecho a la protección de la salud respecto de las personas radicadas temporal o permanentemente en el territorio de la Comunidad Autónoma respectiva.

Y todo esto pasa, nadie lo duda, por el mantenimiento de la necesaria coherencia y armonía, que no uniformidad, del Sistema Nacional de Salud, y por la garantía de la solidaridad interterritorial y de la igualdad básica efectiva de los ciudadanos en el acceso y en las prestaciones sanitarias.

El momento es, pues, crucial dado que hay incertidumbre respecto al futuro del sistema sanitario público, a la posición jurídica de las personas respecto del mismo, y al papel que debe jugar la iniciativa privada. Pues bien, creo que todos los que de una u otra forma, en uno u otro campo, trabajamos por y para la sanidad pública de este país, tenemos una responsabilidad que asumir y unas meta que alcanzar: hacer efectivas, hacer realidad, las previsiones de la Ley General de Sanidad. Que no es poco. Hago votos porque seamos capaces de ello.

⁵³ Y reconozco la gran labor hecha por los Ayuntamientos y Mancomunidades de municipios en el campo de los servicios sociales de base y su aptitud, por su cercanía a las personas y por el directo conocimiento de sus carencias y necesidades, para prestar y gestionar determinados servicios, como, por ejemplo, a drogodependientes, ancianos, etc. Sin embargo, creo que cualquier planteamiento de descentralización de la asistencia sanitaria en favor de las Entidades Locales es inconveniente por cuanto, de un lado, supone la quiebra del fundamental principio de integración de los servicios sanitarios, y, de otro, la inmensa mayoría de las entidades locales no tienen la capacidad económica y de gestión necesaria para asumir funciones de asistencia sanitaria. Sus responsabilidades en materia de sanidad no deben exceder de las actualmente encomendadas por la Ley de Bases de Régimen Local y la Ley General de Sanidad.

