

La Cohesión del Sistema Nacional de Salud. Las funciones del Consejo Interterritorial*

Pedro Escribano Collado

Catedrático de Derecho Administrativo
Universidad de Sevilla

SUMARIO: I. INTRODUCCIÓN. II. LA COORDINACIÓN SANITARIA EN LA LEY 14/1986-LGS: LOS PROBLEMAS DETECTADOS POR LA DOCTRINA Y LAS SOLUCIONES PROPUESTAS: 1. El SNS y su implantación parcial. 2. La formulación de la coordinación sanitaria en la Ley 14/1986-LGS: a) Régimen de la coordinación general sanitaria. b) La misión del Consejo Interterritorial en el ámbito de la coordinación sanitaria. c) La necesidad de la aplicación plena del Sistema Nacional de Salud diseñado por la Ley 14/1986-LGS y de la reforma del Consejo. III. LA REGULACIÓN DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN LA LEY 16/2003, DE 28 DE MAYO, DE COHESIÓN Y CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: 1. Caracterización legal del CISNS. 2. Ámbito funcional del CISNS: a) Clasificación de las competencias del Consejo de acuerdo con su contenido y efectos. b) Naturaleza y alcance de las funciones del CISNS.

I. INTRODUCCIÓN

La aprobación por las Cortes Generales de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, supone en principio una importante modificación de las bases sobre las que se definió en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la organización y el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud (SNS) y, especialmente un replantea-

*ABREVIATURAS UTILIZADAS:

CISNS: Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Ley 16/2003-CCSNS: Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Ley 14/1986-LGS: Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

LOFCA: Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas.

SNS: Sistema Nacional de Salud.

miento del ámbito y de los mecanismos de la coordinación y cooperación entre el Estado y las Comunidades Autónomas dentro de dicho sistema. La propia exposición de motivos de la nueva Ley así lo resalta al señalar que “establece acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud”. Aunque ni las acciones ni los objetivos previstos son totalmente nuevos, el legislador es consciente de que era necesaria la búsqueda de un nuevo modelo, resultado de las experiencias habidas, buenas y malas, y de la puesta en práctica de nuevos instrumentos de organización y actuación sanitarias. Este nuevo modelo incide sobre todo en la definición de una serie de ámbitos en los que se hace indispensable la colaboración entre el Estado y las Comunidades Autónomas, así como en la formulación de los planes integrales de salud que, si bien fueron creados por la Ley 14/1986-LGS (arts. 74 a 76), no ha llegado ninguno a ver la luz, estando inédita esta fórmula de coordinación. Por último, y por citar tan sólo aquellas reformas destacadas en la exposición de motivos de la Ley, se modifica sustancialmente la regulación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), al que se le define como “órgano básico de cohesión” del sistema, dotándolo de mayor agilidad en la toma de decisiones y de nuevos mecanismos para la búsqueda de consensos y de vinculación entre las partes de las resoluciones que se adopten. La apuesta del Legislador según la presentación de la Ley es muy ambiciosa; queda por ver si su articulado ha traducido adecuadamente dichos propósitos, de forma que pueda hablarse de un nuevo modelo de funcionamiento del SNS.

La historia del SNS comienza al menos formalmente, como es sabido, con la aprobación de la Ley 14/1986-LGS, cuya aplicación y posterior desarrollo disponen en la actualidad de una literatura científica, no muy abundante, de excelente nivel para conocer sus problemas y limitaciones. Se trata de obras de imprescindible lectura, que nos ofrecen las claves de un proceso que si para algunos tenía todos los ingredientes necesarios para organizar y hacer funcionar satisfactoriamente el SNS, para otros en cambio algunas de sus determinaciones precisaban de otras reformas estructurales, sobre todo en relación con el ámbito competencial de las Comunidades Autónomas y el régimen financiero por el que éstas se venían rigiendo.

Ciertamente, algunas previsiones de la Ley, consustanciales al nuevo modelo sanitario previsto, requerían importantes reformas previas, que no se habían acometido y que tardaron en formularse, como las anteriormente citadas, pero no es menos cierto que, por ejemplo, en el ámbito de la coordina-

ción y en el seno del CISNS la aplicación de la Ley podía no haberse demorado, ya que en pocos años (1986-94) varias Comunidades Autónomas recibieron los trasposos en materia de asistencia sanitaria y estaban en situación de interlocutores con la Administración estatal. La situación no era, sin embargo, tan simple como para no tener en cuenta la enorme influencia de otras circunstancias que inicialmente limitaron las propias posibilidades de actuación de ambas partes, reduciendo la implantación de las reformas contenidas en la Ley, de forma que, pasado el tiempo, muchos especialistas han llamado la atención sobre la necesidad de modificación sustancial del modelo inicial incluido en la Ley 14/1986-LGS. Aprobada la Ley 16/2003-CCSNS, que introduce gran parte de las reformas propugnadas, hay que valorar su idoneidad, teniendo en cuenta las causas que provocan su promulgación y los defectos y limitaciones iniciales que se pretenden corregir.

El presente trabajo, que se origina como una llamada de atención sobre la nueva ley formulada en las Jornadas sobre Autonomías Integradas, celebradas en Sevilla el 20 y 21 de junio de 2003, pretende ahora, más ampliamente, constituir una primera reflexión sobre algunas de las previsiones de la Ley 16/2003-CCSNS en materia de coordinación sanitaria y, especialmente, en relación con el CISNS.

II. LA COORDINACIÓN SANITARIA EN LA LEY 14/1986-LGS: LOS PROBLEMAS DETECTADOS POR LA DOCTRINA Y LAS SOLUCIONES PROPUESTAS

1. El SNS y su implantación parcial.

Como es bien sabido, la Ley 14/1986-LGS define un modelo nacional en el que se integran todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud (art. 44.1). Asimismo, desde un aspecto funcional, el sistema de salud asume todas aquellas actuaciones que permiten hacer efectivo el derecho constitucional a la protección de la salud, lo que incluye acciones de muy distinta índole, de prevención, asistencia, reparadora, así como extensivas a la salud pública, en general, y a sectores o ámbitos concretos de riesgo para la salud individual o colectiva (salud laboral, saneamiento, residuos, alimentos, productos farmacéuticos, entre otros, arts. 18 y 19). Este modelo cristaliza en la Ley en un servicio nacional de salud no centralizado, en el que, como establece su artículo 4.1, tanto el Estado como las Comunidades Autónomas y las demás Administraciones públicas competentes organizarán y desarrollarán todas las acciones sanitarias, dentro de una concepción integral del sistema sanitario.

Todos los servicios de salud del Estado y de las Comunidades Autónomas, que integran a su vez a todos los centros, servicios y establecimientos públicos existentes en su territorio (art. 50), constituyen el SNS.

Hay, no obstante, una serie de condiciones que no se cumplen a la entrada en vigor de la Ley para que el modelo propuesto pueda entrar en funcionamiento. El sistema no está descentralizado, ni puede estarlo a corto plazo. La Ley se refiere ampliamente a los servicios de salud del Estado, que comprenden no sólo aquellos que son consecuencia de sus competencias exclusivas (sanidad exterior, investigación sanitaria o farmacéutica, registro nacional, entre otras), sino también los de gestión de la asistencia sanitaria asumidos por el Insalud. Esta situación contradictoria con los propios títulos competenciales del Estado (art. 149.1.16ª de la Constitución), se salva en la propia Ley como un período transitorio, requerido en tanto no se hubiera culminado el proceso de transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas (D. transitoria 3ª). Proceso, en todo caso, dispar, no homogéneo, teniendo en cuenta que en 1986 sólo Andalucía disponía de los servicios de salud traspasados, a la que se incorporaron, en 1987, el País Vasco, Cataluña y la Comunidad Valenciana, Navarra en 1990 y Galicia en 1994. Comunidades que, estatutariamente o mediante ley orgánica de transferencia, disponían de competencias sanitarias en el ámbito de las no atribuidas al Estado por el artículo 149.1.16ª de la Constitución (vid. la Disposición adicional 6ª.1 de la Ley 14/1986-LGS). Las restantes no tenían siquiera asumidas en sus Estatutos competencias en dicho ámbito, sino sólo en base al artículo 148.1.21ª, a lo que había que añadir que la gestión de la sanidad y las prestaciones sanitarias formaban parte de la Seguridad social (D. adicional 6ª.2 de la Ley 14/1986-LGS), dado el carácter contributivo de las mismas, quedando pues implicados dos títulos competenciales del Estado, cuyos servicios requerían previamente de una nueva delimitación antes de iniciar un proceso generalizado de traspaso a las Comunidades Autónomas. En esta tarea quedaba directamente implicado el régimen de financiación propio de los servicios sanitarios, inicialmente a cargo en sus tres cuartas partes de la Seguridad social, contradiciendo el carácter universal de la asistencia sanitaria, proclamado en el artículo 32 de la Ley 14/1986-LGS, lo que obligaba al Estado a asumir previamente con cargo a los presupuestos y a la recaudación tributaria su coste total (en la línea señalada por la Disposición final 14ª de la Ley), lo que se hace efectivo completamente a partir de la Ley 47/1998, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del estado para 1999.

Paralelamente al proceso de reajuste financiero de la sanidad, las Comunidades Autónomas de autonomía diferida asumieron, mediante la reforma

de sus Estatutos (período 1997-99), las competencias sobre los servicios sanitarios de la Seguridad social. Con posterioridad, por la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, se define el nuevo régimen financiero de las Comunidades Autónomas, en el que se contempla para las mismas, además de un nuevo régimen de cesión de tributos y de corresponsabilidad fiscal, un nuevo sistema de cálculo de los costes sanitarios, un fondo de suficiencia, que ha de cubrir la diferencia entre las necesidades de gasto sanitario de cada Comunidad y su capacidad fiscal (art. 13.2 de la Ley 8/1980, de 22 de septiembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas, en la redacción dada por la Ley Orgánica 7/2001, de 27 de diciembre), la garantía por parte del Estado de un nivel mínimo de prestación del servicio público sanitario en todo el territorio nacional (art. 15 de la Ley 8/1980, de 22 de septiembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas, en la redacción dada por la Ley Orgánica 7/2001, de 27 de diciembre, y art. 67.1.b) de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre), y un fondo de cohesión sanitaria, garante de la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos (art. 4.B).c) de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, desarrollado por el R.D. 1247/2002, de 3 de diciembre).

En consecuencia, desde la entrada en vigor de la Ley 14/1986-LGS y hasta fechas muy recientes (los Reales Decretos de transferencia de servicios sanitarios se aprueban para las Comunidades de autonomía diferida a lo largo de 2001), el sistema nacional de salud ha estado sometido a un régimen provisional y transitorio (D. transitoria 3ª de la Ley), de carácter mixto y asistémico, y parcialmente descentralizado, correspondiendo al Estado la gestión de los servicios sanitarios en una gran parte del territorio nacional a través del Insalud. En este contexto, el Ministerio de Sanidad ha estado más preocupado por la gestión sanitaria que por la coordinación de un sistema que no le era ajeno, aunque la situación de dualidad organizativa no constituía en sí misma un obstáculo insalvable para realizarla. Es más, cabe pensar justamente que en la situación de descentralización parcial existente, la coordinación podía haberse impulsado e implantado más fácilmente, dado el menor número de interlocutores y su coincidencia con las Comunidades de mayor peso político y desarrollo institucional en la organización del Estado. Sin embargo no ha sido así.

2. La formulación de la coordinación sanitaria en la Ley 14/1986-LGS.

a) Régimen de la coordinación general sanitaria.

La Ley 14/1986-LGS incorpora en su articulado una regulación de la coordinación sanitaria, como competencia estatal, avalada por una importante

jurisprudencia constitucional que fijó su significado y que, en lo fundamental, incluso incorpora casi literalmente el artículo 73. En los conflictos de competencia planteados por el Gobierno del País Vasco contra los Reales Decretos sobre registro sanitario de alimentos y sobre coordinación y planificación sanitarias, el Tribunal Constitucional define la coordinación general de la sanidad, a que se refiere el artículo 149.1. 16ª de la Constitución, señalando: “d) En consecuencia, la coordinación general debe ser entendida como la fijación de medios y de sistemas de relación que hagan posible 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 sanitario.” (F.J. 21 de la Sentencia 32/1983, de 28 de abril). Se trata, pues, de un título competencial de carácter directivo que permite al Estado, en el ámbito de la información recíproca, la homogeneidad técnica y la acción conjunta entre los órganos sanitarios estatales y autonómicos, determinar mecanismos de relación y entendimiento con un fin de integración de sus actuaciones en un sistema nacional de sanidad.

La Ley 14/1986-LGS contiene al respecto muy diversos preceptos sobre coordinación sanitaria. Dado el sistema nacional descentralizado que configura, la coordinación de todas las partes es sin duda la clave del sistema. De aquí que convenga esquematizar en lo posible sus determinaciones para conocer previamente el marco legal en el que se inserta el Consejo Interterritorial. En primer término, la coordinación constituye un principio informador de determinados servicios y acciones públicas de carácter sanitario, que precisa de un desarrollo y una concreción legal posterior: así, los supuestos previstos en los apartados 3 y 4 del artículo 20, en relación con la salud mental y los servicios sociales; el artículo 21.3, respecto de la salud laboral, o el artículo 112.2, relativo a las relaciones entre el Instituto de Salud Carlos III y el Consejo Interterritorial.

En segundo lugar, la Ley formula ámbitos específicos dentro de la sanidad sometidos a la coordinación de la Administración pública estatal, sin determinación de mecanismos concretos, aunque siéndoles aplicables las previsiones contenidas en el capítulo IV, del Título III: así, los apartados 12 y 14 del artículo 40 (situaciones o procesos que supongan un riesgo para la salud de incidencia e interés nacional e internacional, y actuaciones dirigidas a impedir el fraude, abuso, corrupción o desviación de las prestaciones o servicios sanitarios con cargo al sector público cuando razones de interés general así lo aconsejen); el artículo 112.2, letra ñ), (coordinación por el Instituto de Salud Carlos III de las actividades de investigación biomédica y sanitaria), y la Dis-

posición Transitoria 2ª (coordinación de los servicios sanitarios gestionados por el Instituto Social de la Marina con los distintos Servicios de Salud), cuya regulación se remite a otras normas.

Por último, la Ley 14/1986-LGS dedica el capítulo IV, del Título III a la coordinación general sanitaria, estableciendo su delimitación legal, los aspectos que comprende y los instrumentos a través de los cuales se articula. El artículo 73.1 contiene el significado legal del título competencial, siguiendo muy de cerca a los términos en que el Tribunal Constitucional la conceptuó. Dispone dicho precepto lo siguiente:

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

Los aspectos que comprende hacen referencia, en principio, al establecimiento de *criterios mínimos, básicos o comunes, así como de índices* [art. 70.2.a) y d)]; la fijación de *finés y objetivos* [art. 70.2.b)], o la determinación del *marco de actuaciones y prioridades* [art. 70.2.c)]. Tales criterios generales serán elaborados por el Gobierno de la Nación, de acuerdo con las previsiones que le suministren las Comunidades Autónomas y el asesoramiento y la colaboración de los sindicatos y asociaciones empresariales (art. 70.3). Una vez aprobados serán remitidos a las Comunidades Autónomas, cuyos planes de salud deberán ajustarse a ellos (art. 70.4 en relación con el art. 54).

El conjunto de previsiones que constituyen la planificación sanitaria autonómica (art. 70.1), se recogerá en un documento único, incluido en el Plan Integral de Salud, elaborado a partir de aquéllas por el Ministerio de Sanidad y Consumo y aprobado por el Gobierno de la Nación (arts. 74 a 76), que vinculará a todas las partes comprometiendo la financiación necesaria a través de sus respectivos presupuestos (art. 76.2), sin perjuicio de la posibilidad de efectuar los ajustes, correcciones o adaptaciones que vengan exigidas por la “valoración de circunstancias o por las disfunciones observadas” en la ejecución de los respectivos planes (art. 77.1). La Disposición Adicional 9ª completa la anterior regulación remitiendo a un reglamento estatal el procedimiento y plazos para la formación de los planes integrales de salud (R.D. 938/1989, de 21 de julio), así como el plazo de dieciocho meses dentro del cual el Ministerio de Sanidad debía de remitir a las Comunidades Autónomas los criterios gene-

rales de coordinación, como primer paso para la formación del primer plan integral de salud, trámite éste aún no cumplido.

b) La misión del Consejo Interterritorial en el ámbito de la coordinación sanitaria.

La Ley 14/1986-LGS creó en su artículo 47, derogado por la Ley 16/2003-CCSNS, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), sobre el que nada avanza la exposición de motivos y al que describe, en principio, como “órgano permanente de comunicación e información de los distintos Servicios de Salud, entre ellos y con la Administración estatal...,” (art. 47.2). Esta delimitación legal es lo suficientemente imprecisa para comprender competencias concretas, aunque sí otras funciones, escasamente delimitadas, de deliberación, debate, información, iniciativa y de promoción del consenso entre las partes. La composición prevista otorgaba un peso específico y preponderante a la Administración del Estado, al preverse un representante de cada una de las Comunidades Autónomas y un número igual de miembros de la Administración estatal, sólo explicable parcialmente por la gestión sanitaria que a través del Insalud mantenía ésta en buena parte del territorio nacional.

Un segundo ámbito de funciones del Consejo estaba constituido por las que la Ley le atribuye en materia de coordinación, señalando el precepto citado a continuación: “... y coordinará, entre otros aspectos, las líneas básicas de política de adquisiciones, contrataciones de productos farmacéuticos, sanitarios y de otros bienes y servicios, así como los principios básicos de la política de personal.”. Por último, el Consejo ejercerá también las funciones que en materia de planificación sanitaria le atribuye la Ley en los artículos 71, 76 y 77. El apartado 3 del artículo 47 añadía, finalmente, una referencia a otras funciones que “le puedan ser confiadas para la debida coordinación de los servicios sanitarios”, cláusula abierta utilizable para incrementar o potenciar las facultades del Consejo fruto del acuerdo entre sus miembros.

Esta sucinta y, en parte, imprecisa atribución de funciones al Consejo ha ido paulatinamente concretándose y ampliándose, bien por las previsiones de otras normas posteriores, bien por la propia iniciativa del Consejo. En este último ámbito, resulta interesante comprobar como su Reglamento de Régimen Interior, al que se refiere la Disposición Adicional 7ª de la Ley 14/1986-LGS, aprobado por el propio Consejo e, inexplicablemente, no publicado, amplía en su artículo 71 considerablemente la relación de sus funciones. Así, además de las que son reproducción de las previstas en la Ley, se recogen amplias funciones de informe, de propuesta, y de definición de criterios o líneas básicas

de actuación (COBREROS). Con independencia del valor jurídico que pueda atribuirse a tales funciones, es destacable el hecho de que son fruto de un acuerdo adoptado por los miembros del Consejo, a la vez que comprometen su participación y funcionamiento en relación con las políticas y actuaciones sanitarias que el Estado y las Comunidades Autónomas lleven a cabo en el ámbito de sus respectivas competencias.

Otras normas posteriores a la Ley 14/1986-LGS han potenciado las funciones del Consejo. Así ha ocurrido con la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, en la que se le atribuyen nuevas funciones de **coordinación** [sobre programas de control de calidad de los medicamentos (art. 56.1), y requisitos comunes de los ensayos clínicos por los servicios de salud (art. 69.2)], y de **orientación e informe** [sobre exclusiones o establecimiento de condiciones especiales de financiación de medicamentos incluidos en las prestaciones sanitarias (arts. 93 a 95 y Disp. Ad. 7ª)]. En esta misma línea de incremento de las funciones de informe del Consejo, inicialmente no prevista en la Ley 14/1986-LGS, se ha impuesto en la práctica su intervención en el procedimiento de elaboración de los reglamentos estatales de carácter o contenido sanitarios. Así se desprende de la referencia expresa que, en muchos de ellos, se hace al informe, informe favorable, a la previa consulta, consideración o parecer del Consejo, abarcando materias muy dispares de la salud pública, personal sanitario, prestaciones, entre otras.

Dentro del ámbito funcional del Consejo como órgano permanente de comunicación e información, hay que destacar que, según el R.D. 2070/1999, de 30 de diciembre, en materia de donación y transplante de órganos y tejidos humanos, la Comisión Permanente de Transplantes del Consejo se configura como órgano asesor del Sistema Nacional de Salud (art. 21). Por otra parte, el R.D. 1247/2002, de 3 de diciembre, crea la Comisión de Seguimiento del Fondo de Cohesión Sanitaria integrada en el Consejo (art. 6). Con un alcance más limitado, la Comisión de Hemoterapia, órgano de coordinación adscrito al Ministerio de Sanidad y Consumo, deberá elevar al Consejo informes sobre las actividades realizadas, sobre las actuaciones de las administraciones autonómicas en cumplimiento de las directrices aprobadas por la misma, así como informes, recomendaciones y propuestas en materia de hemoterapia (art. 20 del R.D. 1945/1985, de 9 de octubre, modificado por el R.D. 62/2003, de 17 de enero, por el que se regula la hemodonación y los bancos de sangre).

En materia de coordinación, son destacables los convenios de conferencias sectoriales suscritos entre el Estado y las Comunidades Autónomas sobre formación continuada de las profesiones sanitarias; los convenios bilaterales,

impulsados por el Consejo, en materia de farmacovigilancia; o, en el ámbito de la información sanitaria sobre salud laboral, los acuerdos a que se refiere el artículo 39.1 del R.D. 39/1997, de 17 de enero, sobre el conjunto mínimo de datos a incluir en el sistema de información, y que habrán de suscribirse en el seno del Consejo entre el Ministerio y las Comunidades Autónomas.

Dentro de las funciones de coordinación del Consejo, previstas en el artículo 47 de la Ley 14/1986-LGS, las relativas a la planificación sanitaria son claramente las que mejor se definen. Sin embargo, dichas funciones han tenido en la práctica un escaso ejercicio, dado que no se han aprobado los planes de salud previstos. Por una parte, el Plan Integrado de Salud, al que se refiere el artículo 76, en cuya elaboración tiene el Consejo atribuida una participación especialmente relevante, no ha llegado a formularse por la Administración estatal. En cuanto a los Planes de Salud Conjuntos, cuyo ámbito y contenido no precisa el artículo 71 de la Ley, pero que seguramente responden a intereses estatales y autonómicos sanitarios comunes, la intervención del Consejo se limita a aquellos supuestos en que dichos planes impliquen a todas las Comunidades, en cuyo caso se formularán en el seno del mismo. No obstante, no se debería excluir la iniciativa, colaboración o participación mediante consulta o informe del propio Consejo en los restantes planes conjuntos que comprometan sólo a algunas Comunidades Autónomas. En este sentido, el apartado h) del artículo 7 del Reglamento de Régimen Interior ha ampliado el ámbito de actuación del Consejo sobre este tipo de planes, disponiendo que le corresponderá deliberar “sobre los planes de salud conjuntos que, por estar implicadas algunas o todas las Comunidades Autónomas, se formulen en el seno del Consejo.”.

c) *La necesidad de la aplicación plena del Sistema Nacional de Salud diseñado por la Ley 14/1986-LGS y de la reforma del Consejo.*

La doctrina que se ha ocupado del tema ha sido unánime a la hora de concluir sobre la necesidad de aplicar en su totalidad las previsiones de la Ley 14/1986-LGS respecto de la organización y funcionamiento del Servicio Nacional de Salud, presupuesto imprescindible para el ejercicio por el propio sistema de las funciones de coordinación sanitaria. En tanto tal supuesto sólo se ha producido recientemente y en un plano formal, competencial y financiero, los servicios sanitarios han venido funcionando dentro de una organización dual y asimétrica, en la que han sido muy reducidas, en número y en contenidos, las posibilidades de la coordinación. Así, ésta se ha limitado prácticamente a sólo dos aspectos que afectan gravemente a la economía del sistema sanitario: las prestaciones sanitarias y el personal. Se ha señalado, en esta lí-

nea, la falta de operatividad de las técnicas de coordinación contempladas en el capítulo IV del Título III de la Ley 14/1986-LGS , algunas de ellas inaplicadas en la práctica (PEMÁN), así como los defectos y limitaciones que presenta la propia coordinación desde la entrada en vigor de la Ley: la falta de voluntad para poner en común las políticas sanitarias; la inespecificidad de los instrumentos de coordinación sanitaria; la exclusión de los órganos de coordinación de las funciones de control del gasto; la insuficiencia de la coordinación planteada a partir de un nivel técnico; los distintos y contradictorios planteamientos con que se aborda la coordinación sanitaria, dirigida tanto a mantener una cierta centralización del sistema sanitario, como a marcar las diferencias entre autonomías, antes que la cohesión social y la redistribución “en especie” del reparto desigual de la riqueza (REY DEL CASTILLO).

Los desajustes políticos y estructurales en los que ha vivido desde la aprobación de la Ley 14/1986-LGS el sistema nacional de salud, ha supuesto para el Consejo una importante limitación en sus funciones, mantenido como un órgano deliberante y consultivo de la política sanitaria ministerial, tanto en el ejercicio de las competencias exclusivas del estado (salud pública y legislación básica), como de las de gestión sanitaria a través del Insalud, quedando paralizados otros importantes cometidos de la coordinación, como pone de manifiesto la ausencia de planificación sanitaria, de discusiones políticas relevantes en el seno del Consejo, el predominio de reuniones de tipo formal, o amplios periodos de paralización (REY DEL CASTILLO).

Las críticas señaladas coinciden, en lo fundamental, con la información que ofrece el propio Consejo sobre las reuniones celebradas y los asuntos tratados por el Pleno, las Comisiones y Grupos de trabajo (www.msc.es/consejo/info_general/actividad/, septiembre de 2003)**, en el período 1987-2002. El número de reuniones celebradas por el Pleno, 60 en total, pone de manifiesto una actividad regular y permanente, que se traduce en la adopción de 294 acuerdos (64% del total) sobre asuntos estrictamente sanitarios, si bien con un claro predominio de tres temas: la salud pública (32%), la farmacia (16%) y el personal (15%). Resulta llamativo, en cambio, que sobre planes de salud sólo se hayan adoptado 7 acuerdos, 13 sobre planificación y asistencia sanitaria y 24 sobre política y evaluación sanitarias. El funcionamiento de las ponencias y grupos refleja un cuadro similar. Predomina el trabajo desarrollado en materias de salud pública (33%), personal (29%), financiación, prestacio-

** Volcada parcialmente a partir de 14 de noviembre de 2003 en www.msc.es/sns/consejointerteri/consejo_interterritorial.htm.

nes y farmacia (26%), correspondiendo porcentajes simbólicos a los criterios de coordinación (1%), o a la información, investigación y evaluación (5%).

En relación con las propuestas de reforma ha habido asimismo coincidencia en lo fundamental en la doctrina. Tras la entrada en vigor de la Ley 14/1986-LGS, se resaltó que el Consejo no iba a ser un mero órgano consultivo del Ministerio, sino que su carácter colegiado y de participación autonómica lo convertía en un instrumento eficaz de colaboración interadministrativa, que expresaría una voluntad común en política sanitaria (MANSILLA). Posteriormente, el Informe Abril sobre la reforma de la sanidad española propuso una potenciación del Consejo, en el sentido de asumir la dirección estratégica del sistema, ampliando sus funciones de coordinación, comunicación e información. Más recientemente, ECHEVARRÍA Y SUBIRATS distinguen tres ámbitos funcionales en los que es deseable reforzar la posición institucional del Consejo: en cuanto foro de intercambio de información, de estudio y consulta en relación con aquellas cuestiones que, afectando al funcionamiento del sistema nacional de salud, se refieran a competencia propias de las Comunidades Autónomas; como órgano decisorio en el ámbito de las actuaciones conjuntas del Estado y las Comunidades, como la planificación sanitaria; y como órgano asesor y de colaboración con el Ministerio en el marco de las competencias exclusivas del Estado (sanidad exterior, legislación farmacéutica y legislación básica sanitaria).

Simultáneamente a las propuestas de reforma de las funciones del Consejo, se han formulado asimismo otras relativas a su composición, inapropiada para el ejercicio de las nuevas funciones que habrían de encomendarsele. Sirva como exponente las apreciaciones de ECHEVARRÍA Y SUBIRATS, compartidas por la mayoría de la doctrina:

“... Si el camino que se sigue en el futuro es el de un Consejo Interterritorial que ejerza como órgano colectivo de gobierno del sistema sanitario, ello querrá decir que ha de poder tomar decisiones que, en situaciones de restricción del gasto público, no siempre serán unánimemente compartidas. Pero es distinto afirmar que debe poderse votar en el seno del Consejo Interterritorial, o que no tiene por qué evitarse siempre el que existan mayorías y minorías en el Consejo, que afirmar que sería conveniente que éste fuese el sistema normal o habitual de toma de decisiones en el mismo. De hecho, no nos imaginamos que pueda funcionar con garantías de gobernabilidad un sistema que, por ejemplo, imponga criterios de tiempos máximos de espera en ciertas intervenciones o la localización de centros de referencia supracomunitarios con base es-

trictamente en criterios de mayoría de comunidades autónomas *versus* minoría de otras, o sólo vía decisión unilateral del Estado (con su voto de calidad) *versus* el conjunto de las comunidades autónomas. No debería pues perderse, en la medida de lo posible, el elemento consuetudinario de la adopción de decisiones a través del consenso. No tiene que ser interpretada esa costumbre como síntoma de debilidad, si ello no provoca ralentización en la toma de decisiones ni bloqueo de ciertos temas conflictivos, ya que, recordemos, todo el sistema reposa en un frágil equilibrio entre centros decisores y centros ejecutores, en los que no siempre será posible que exista coincidencia ni de protagonismos ni de voluntades.” (pág. 91).

III. LA REGULACIÓN DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN LA LEY 16/2003, DE 28 DE MAYO, DE COHESIÓN Y CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

1. Caracterización legal del CISNS.

La Ley 16/2003-CCSNS deroga el artículo 47 de la Ley 14/1986-LGS, en el que se regulaba el Consejo, y define para el mismo un nuevo régimen jurídico, en el que sobresale una ampliación notable de su ámbito funcional y una drástica reforma de su composición. En cuanto al primer punto, el artículo 69.1 ofrece una nueva delimitación legal del Consejo dentro del sistema sanitario nacional, en el que pasa a ser un “órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud entre ellos y con la Administración del Estado...”. Se añaden, pues, a sus tradicionales características funcionales, centradas en la comunicación e información, las de coordinación y cooperación que se integran con las anteriores en su definición institucional, superando así ambas su carácter singular y complementario propio de la Ley 14/1986-LGS. Por otra parte, el precepto citado completa el nuevo ámbito funcional del Consejo con una referencia expresa al fin que debe presidir el ejercicio de sus funciones y competencias, “...promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud a través de la garantía efectiva y equitativa de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado”. El significado de este inciso es sin duda complejo. Ni la Ley 14/1986-LGS, ni la Ley 16/2003-CCSNS ofrecen un concepto del término cohesión referido al sistema nacional de salud. Por otra parte, el precepto transcrito lo pone en relación con la garantía efectiva y equitativa de los derechos de los ciudadanos en materia de protección de la salud.

En principio, la cohesión a que se refiere el artículo 69.1, en su segunda parte, no sólo hace referencia al funcionamiento armónico y coordinado, esto es sometido a criterios uniformes de unidad, del conjunto de los servicios sanitarios públicos y, en su caso, privados en todo el territorio nacional, sino al resultado que se pretende conseguir: garantizar efectiva y equitativamente los derechos de los ciudadanos, en los términos en que están establecidos en la propia Constitución y en la Ley; primeramente, a través de la determinación de los niveles mínimos de prestación de los servicios sanitarios (art. 158.1 de la Constitución y 15 de la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas [LOFCA]), que tiene una inmediata implicación financiera a través de los tributos cedidos a las Comunidades Autónomas, del Fondo de Suficiencia (art. 11 LOFCA y título 2º de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común) y de la Asignación complementaria (art. 15 LOFCA); en segundo lugar, estableciendo la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos, de acuerdo con dichos niveles, en todo el territorio del Estado (D. Adicional 5ª de la Ley 16/2003-CCSNS y art. 4.B).c), párrafo 5º de la Ley 21/2001, de 17 de diciembre, sobre el Fondo de cohesión sanitaria). Queda establecida, pues, la relación de las funciones del Consejo con la garantía de los derechos de los ciudadanos (arts. 10 de la Ley 14/1986-LGS y 4 y 23 a 29 de la Ley 16/2003-CCSNS) a la protección de la salud, en cuanto fin último del sistema nacional de salud.

Este nuevo planteamiento que la ley hace del Consejo tiene una repercusión directa en la determinación de sus funciones, ampliamente desarrolladas en el artículo 71 que, como veremos, suponen una importante presencia de dicho organismo en la definición y ejecución de las políticas sanitarias propias del Estado y de las Comunidades Autónomas, así como de las comunes. No en vano el primer párrafo del artículo citado caracteriza al Consejo como el “principal instrumento de configuración” del sistema nacional de salud.

La asunción por el Consejo de nuevas funciones se completa en la Ley 16/2003-CCSNS, con una reforma en su composición. De acuerdo con que el artículo 70, está constituido por el Ministro de Sanidad y Consumo, que ostenta su presidencia, y por los consejeros competentes en materia de sanidad de las Comunidades Autónomas. Se abandona, pues, el modelo paritario establecido en el artículo 47.1 de la Ley 14/1986-LGS, siendo sustituido por el propio de una Conferencia Sectorial, en el que el Estado y las Comunidades Autónomas disponen, en principio, de un mismo nivel de representación y la voluntad del órgano se expresa de múltiples formas, no sólo a través de reso-

luciones o acuerdos vinculantes, sino mediante informes, iniciativas o propuestas e, incluso, el mero debate, la deliberación y puesta en común de asuntos. En cuanto a la adopción de acuerdos, el artículo 73.2 de la Ley 16/2003-CCSNS establece que adoptarán la forma de recomendaciones “que se aprobarán, en su caso, por consenso”. Junto a los mismos, la Ley prevé que los acuerdos de cooperación para llevar a cabo actuaciones sanitarias conjuntas de las administraciones sanitarias se formalizarán mediante convenios (art. 72), así como también la posibilidad de que la Comisión Delegada del Consejo adopte decisiones que el Pleno le delegue, cuyo ámbito y efectos vendrán determinados por los acuerdos de delegación o por el reglamento interno del Consejo (aprobado por acuerdo del Pleno de 23 de julio de 2003, aunque no publicado).

2. Ámbito funcional del CISNS.

La Ley 16/2003-CCSNS ha agrupado en el artículo 71 las funciones que corresponden al Consejo en relación con el Sistema Nacional de Salud, clasificándolas en cuatro apartados, que responden a criterios convencionales no muy precisos. Son los siguientes: 1. En relación con funciones esenciales en la configuración del Sistema Nacional de Salud; 2. En relación con funciones de asesoramiento, planificación y evaluación en el Sistema Nacional de Salud; 3. En relación con funciones de coordinación del Sistema Nacional de Salud; y 4. En relación con funciones de cooperación entre Estado y las Comunidades Autónomas.

La mayoría de las funciones contenidas en tales apartados coinciden con las que, de forma más precisa, la ley le atribuye al Consejo en diversas partes de su articulado. Otras se formulan únicamente en el artículo 71, quizás porque no guardan una conexión clara con algunas de las acciones de coordinación y cooperación a que se refiere el artículo 51 de la Ley y que se regulan en los siguientes capítulos. El contenido, naturaleza y efectos de las funciones del Consejo no son homogéneos, como se deduce claramente del propio listado del artículo 71. Ello obliga a buscar otros criterios de clasificación, distintos de los ofrecidos por la Ley, para formular un cuadro sistemático y significativo de las funciones más relevantes política y jurídicamente atribuidas al Consejo. Para ello podría distinguirse entre su contenido u objeto que, aunque diversos, pueden ser agrupados en seis apartados, además de las cláusulas generales de remisión a otras normas, y en cuanto a los efectos jurídicos o resultados que produce su ejercicio para las administraciones sanitarias y sobre el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Con este planteamiento se puede lograr una mayor y mejor comprensión de la misión del Consejo en el Sistema

Nacional de Salud, y del alcance de las nuevas funciones que se le han encomendado.

a) Clasificación de las competencias del Consejo de acuerdo con su contenido y efectos.

Aunque las funciones del Consejo aparecen enumeradas en el artículo 71, su régimen jurídico está, como regla general, mejor definido en otros artículos de la Ley. Partir de éstos permite conocer no sólo su objeto y características, sino el contexto en que se reconoce en cada caso la competencia. Teniendo en cuenta estos criterios, se pueden distinguir los siguientes grupos:

a.1. Acuerdos o actuaciones del Consejo que constituyen un trámite previo y preceptivo y que tienen como objeto informes o propuestas:

1) El previo acuerdo del Consejo para la autorización por el Ministerio de Sanidad y Consumo del uso tutelado de determinadas técnicas, tecnologías y procedimientos sanitarios, con antelación a su inclusión en la cartera de servicios del SNS [art. 22 y 71.1.c)]. Aunque no se menciona expresamente, el acuerdo del Consejo se ha de entender favorable a la iniciativa o propuesta correspondiente.

2) El previo acuerdo del Consejo para la acreditación por el Ministerio de Sanidad y Consumo de las entidades autorizadas para la evaluación de la competencia profesional de los profesionales sanitarios (art. 42.2). Este precepto se complementa con lo dispuesto en el artículo 71.2.d), al que se hace referencia en un apartado posterior de este trabajo [a.2.6)].

3) La previa consulta al Consejo por el Ministerio de Sanidad y Consumo para la elaboración de una iniciativa sectorial de investigación en salud, a los efectos de su integración en el plan nacional de investigación científica (art. 45.1 y 71.1.i). La intervención del Consejo constituye la emisión de un informe preceptivo y previo a la iniciativa ministerial, aunque no vinculante.

4) En el ámbito de la información sanitaria, a que se refieren los artículos 53 y siguientes de la Ley 16/2003-CCSNS, son varias las competencias asignadas al Consejo, con distintos contenidos y efectos. Con las características de un acto de trámite, se prevé el previo acuerdo del organismo para el establecimiento por el Ministerio de Sanidad y Consumo de la definición y normalización de datos y flujos, la selección de in-

dicadores y los requerimientos técnicos necesarios para la integración de la información sanitaria (apartado 3º). Sus objetivos y contenidos, régimen de acceso y condiciones de cesión de datos, entran dentro de las competencias decisorias del Consejo, así como las directrices para su utilización.

5) El previo acuerdo del Consejo para la declaración de actuaciones coordinadas en materia de salud pública por el Ministerio de Sanidad y Consumo [arts. 61 y 71.1.l)]. Como se deduce de los preceptos citados, el acuerdo del Consejo condiciona, por su carácter favorable, la decisión ministerial .

a.2. Acuerdos del Consejo sobre adopción de criterios, determinaciones o directrices que se imponen a las administraciones y servicios sanitarios.

1) El artículo 8 de la Ley 16/2003-CCSNS se refiere a la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, estableciendo que será acordada en el seno del Consejo. De forma específica, los artículos 20.2 y 21.1 asignan al organismo tanto la fijación de la cartera de servicios sanitarios como su actualización [art. 71.1.a)], añadiendo el artículo 71.1.b) la intervención del Consejo en la aprobación por las Comunidades Autónomas de prestaciones sanitarias complementarias (art. 20.2, párrafo 2º), sin determinación de su alcance y efectos jurídicos. Dado que la fijación de aquellas no afecta, en principio, al conjunto del sistema, las recomendaciones del Consejo, si bien preceptivas, han de entenderse en este caso no vinculantes para las administraciones sanitarias autonómicas.

2) Se atribuye al Consejo en el artículo 25.1 de la Ley 16/2003-CCSNS la determinación de los “criterios marco” que garanticen a los usuarios un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud [art. 71.1 d)]. Tales criterios, que se aprueban mediante Real Decreto, vinculan a las administraciones sanitarias autonómicas, que deberán fijar los tiempos máximos de acceso a su cartera de servicios dentro de los mismos.

3) El artículo 27.3 [(art. 71.1.e)] de la Ley 16/2003-CCSNS atribuye al Consejo la fijación de las garantías mínimas de seguridad y calidad que regirán en la regulación y autorización, por parte de las Comunidades Autónomas, de la apertura y puesta en funcionamiento de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Tales garantías, que son aprobadas por Real Decreto, tienen carácter básico.

4) El artículo 28.2 [art. 71.1.f] de la Ley 16/2003-CCSNS atribuye al Consejo la designación del número y ubicación estratégica de los servicios sanitarios de referencia para la atención de determinadas patologías, correspondiendo al Ministerio de Sanidad y Consumo su acreditación y evaluación periódica.

5) Para garantizar a los ciudadanos la dispensación de medicamentos en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio nacional, al Consejo corresponde definir los criterios generales y comunes para el desarrollo de la colaboración de las oficinas de farmacia, que serán aprobados por el Ministerio de Sanidad y Consumo [art. 33.2 y 71.1.g].

6) En materia de personal sanitario, sin perjuicio de la competencia asignada al Consejo por el artículo 10.2 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (art. 71.3.c) de la Ley 16/2003-CCSNS), los artículos 38, 40 y 43 de esta última le atribuyen, respectivamente, la adopción de criterios comunes sobre formación continuada y desarrollo profesional de los profesionales sanitarios, así como el establecimiento de los criterios básicos y las condiciones de las convocatorias y de los órganos encargados de su desarrollo, que aseguren su movilidad. Asimismo, el artículo 71.2.d) asigna al Consejo las “líneas genéricas del programa formativo de los profesionales del Sistema Nacional de Salud, así como los criterios básicos de acreditación de centros y servicios para la docencia de postgrado...”.

7) En materia de información sanitaria, los apartados 1, 4 y 6 del artículo 53 [art. 71.1.j)] de la Ley 16/2003-CCSNS atribuyen al Consejo la adopción de acuerdos sobre sus objetivos y contenidos, los términos de su acceso y difusión, y las condiciones complementarias (respecto de las establecidas por la legislación de protección de datos de carácter personal) de la cesión de datos, y el artículo 58.2 la fijación de directrices para la utilización de la información sanitaria generada por el Instituto de Información Sanitaria.

8) Finalmente, el artículo 71 precisa, en algunos casos, la competencia del Consejo para la adopción de criterios generales y principios de coordinación, en asuntos tales como la financiación pública de medicamentos y productos sanitarios [apartado 1.n)]; el establecimiento de criterios y mecanismos dirigidos a garantizar la suficiencia financiera y la superación de los desequilibrios y desigualdades del Sistema Nacional de Salud [apartado 1.ñ)]; el desarrollo de programas que integren acciones de coopera-

ción al desarrollo sanitario [apartado 4.b)]; los programas de control de calidad y seguridad de los medicamentos [apartado 3.c)], y los requisitos comunes y las condiciones para la financiación y desarrollo de ensayos clínicos [apartado 3.d)].

a.3. Funciones relativas a la elaboración conjunta por la Administración del Estado y las Comunidades Autónomas de planes o actuaciones sanitarias.

Aunque la Ley 16/2003-CCSNS no precisa, en todos los casos, las competencias concretas que corresponden al Consejo, se deduce de la misma que, en relación con los planes sanitarios en los que interviene, ejercerá al menos funciones de formulación y elaboración. Son destacables, a este respecto, los siguientes preceptos:

1) El artículo 61.1, en relación con los planes de calidad del Sistema Nacional de Salud, que comprenderán los objetivos prioritarios para su periodo de vigencia. Al respecto, el artículo 71.1. k) precisa que corresponde al Consejo los criterios para la elaboración de las políticas de calidad.

2) El artículo 64 en relación con los planes integrales de salud sobre patológicas más relevantes o prevalentes, que garanticen una atención sanitaria integral, correspondiendo al Consejo su aprobación [art. 71.1.m)].

3) El artículo 66, en relación con el plan de cooperación y armonización de actuaciones en el ámbito de la salud pública, en el que no se precisa la competencia del Consejo que, en principio, será la de su formulación y, en su caso, aprobación, especialmente cuando el plan no requiera la ratificación o aprobación por separado del Estado o de las distintas Comunidades Autónomas. Guardan relación con este precepto, las determinaciones contenidas en el artículo 71.1.1), sobre actuaciones coordinadas en la materia, y 2.c) sobre los planes y programas sanitarios que se refieran a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

4) El artículo 71.2.a) atribuye al Consejo competencia para la formulación de los planes sanitarios conjuntos y del Plan Integral de Salud, previstos en los artículos 71 y 74 y siguientes de la Ley 14/1986-LGS.

5) El artículo 72, sobre acciones sanitarias conjuntas, establece que las administraciones sanitarias podrán, en el seno del Consejo, suscribir acuerdos de cooperación, que se formalizarán mediante Convenio del Consejo.

a.4. Funciones que tienen por objeto la información, debate o reflexión del Consejo, así como la evaluación de determinadas actuaciones sanitarias.

1) El artículo 5 de la Ley asigna conjuntamente al Consejo y a la Alta Inspección la realización de labores de seguimiento de las acciones de coordinación que se desarrollen en el Sistema Nacional de Salud. De forma más concreta, el artículo 7.2 recoge en diversos apartados funciones de evaluación relativas a la planificación estratégica del sector farmacéutico y a las políticas de calidad del SNS.

2) El artículo 77 sobre el conocimiento del Consejo del plan anual de actividades de la Alta Inspección.

3) El artículo 78 sobre la función de debate, en el seno del Consejo, de la memoria anual sobre el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, presentada por la Alta Inspección [art. 71.2.f)].

4) La Disposición Final 2ª sobre conocimiento y, en su caso, debate de los informes que presente la Comisión Interministerial prevista en materia de financiación del Sistema Nacional de Salud, que guarda relación con la función establecida en el artículo 71.1.ñ) (a que se ha hecho referencia en el apartado a.2.8) anterior de este trabajo).

a.5. Funciones que guardan relación con políticas o actuaciones sanitarias a desarrollar o con incidencia en un ámbito internacional.

Las funciones que se agrupan en este apartado tienen como característica común la fijación de procedimientos u objetivos de coordinación. Cabe citar el apartado b) del artículo 71.3, en relación con la formación de la voluntad del Estado en el seno de las Comunidades Europeas y con la implantación en el Sistema Nacional de Salud de las medidas, decisiones y orientaciones adoptadas en aquellas sobre materias sanitarias. Asimismo, el apartado f) del artículo 71.3, en relación con los acuerdos sanitarios internacionales de colaboración con otros países en las materias a que se refiere el artículo 39 de la Ley 14/1986-LGS. Ha de tenerse en cuenta, sobre el particular, lo dispuesto en la Disposición Adicional séptima de la Ley, sobre cooperación al desarrollo sanitario, que complementa este apartado.

a.6. En el ámbito interno del Consejo, además de la competencia para elaborar y aprobar su reglamento interno (art. 73.1), el artículo 71.1.o) y

2.g) atribuye al Consejo, en relación con los organismos y estructuras de apoyo o dependientes del mismo, la definición de objetivos y estrategias de funcionamiento, del plan de actuación y de la evaluación de sus resultados.

El cuadro general de funciones del Consejo se completa con las cláusulas generales de remisión, que efectúan los apartados 1.p), 2.h), 3.g) y 4.c) del artículo 71, a cualesquiera otras funciones que le puedan atribuir otras disposiciones, o que, por su propia naturaleza, se trate de acciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud que precisen de una actuación coordinada de las administraciones públicas sanitarias.

Por último, el propio artículo 71 contiene una referencia expresa, en su apartado 1º, último párrafo, a que las funciones encomendadas al Consejo en dicho apartado se ejercerán “sin menoscabo de las competencias legislativas de las Cortes Generales y, en su caso, normativas de la Administración General del Estado, así como de las competencias de desarrollo normativo, ejecutivas y organizativas de las comunidades autónomas”. Declaración ésta sin duda aplicable a todas las funciones del Consejo y no sólo a las incluidas en el referido apartado.

b) Naturaleza y alcance de las funciones del CISNS.

El artículo 71 de la Ley 16/2003-CCSNS, generalizando el criterio del artículo 76.1 Ley 14/1986-LGS, califica a los acuerdos del Consejo bajo la denominación de “recomendaciones”, sin determinar su naturaleza o valor jurídicos, ni tampoco el alcance de sus posibles efectos. Junto a los acuerdos, recomendaciones o decisiones que puede adoptar, el Consejo, como se ha podido comprobar y señala el propio artículo 71, ejerce funciones que tienen por objeto conocer de actuaciones de las administraciones sanitarias o de sus resultados, así como debatir o deliberar sobre asuntos diversos que afectan al Sistema Nacional de Salud.

El significado de este amplio y variado conjunto de cometidos del Consejo, hay que extraerlo de la posición institucional que tiene asignada en relación con el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, como quedó señalado, en cuanto órgano en el que se articula la coordinación y la cooperación entre el Estado y las Comunidades Autónomas en materia sanitaria. De aquí que sus actos y actuaciones lo sean de coordinación y cooperación, y participen de la naturaleza propia de ambas, predominando su carácter convencional, fruto de la negociación y del consenso entre sus miembros y cuyos efec-

tos son, en principio, los que les asignan las normas reguladoras de la coordinación y, en su defecto, los que determinan la voluntad de las partes.

No obstante estas características comunes de los Acuerdos del Consejo, cabe la posibilidad de distinguir su diverso alcance, dependiendo de la forma en que se integran en los procedimientos de coordinación. En este sentido, teniendo en cuenta los diversos tipos y clases de acuerdos examinados en el epígrafe anterior, se puede hacer la siguiente clasificación:

- Acuerdos del Consejo que constituyen actos de trámite, previos al ejercicio de competencias propias de la Administración estatal o de las Administraciones autonómicas (los recogidos en el anterior apartado *a.1*, o los relativos a la formulación y elaboración de planes sanitarios: p.e. el Plan Integral de Salud).
- Acuerdos del Consejo que se traducen en normas sanitarias básicas del Estado, o en actos administrativos estatales o autonómicos de autorización, acreditación, homologación, clasificación o similares (los recogidos en el anterior apartado *a.2*).
- Acuerdos del Consejo que vinculan a las administraciones sanitarias en sus propios términos, a los que deben ajustar sus actuaciones, aplicándolos, desarrollándolos o completándolos, según los casos, con o sin un margen determinado de disponibilidad o discrecionalidad en la gestión. Se trata de fórmulas de coordinación que no precisan de ninguna norma o acto estatal o autonómico de formalización (criterios, directrices o principios sectoriales).
- Fórmulas o mecanismos de control sobre el funcionamiento global o parcial del Sistema Nacional de Salud, el cumplimiento de objetivos, planes, o programas, así como la evaluación de resultados, que pueden dar o no lugar a Acuerdos.
- Convenios de cooperación.

Como puede observarse, la Ley amplía en relación con el Consejo el marco de funciones y de resultados de la coordinación propios de las Conferencias Sectoriales, reguladas en la Ley 30/1992. Como ha sucedido con el Consejo de Política Fiscal y Financiera, la nueva regulación del CISNS supone un desarrollo sectorial amplio de las posibilidades que ofrecen, en general, las Conferencias citadas. Su significado político es de gran importancia.

Dada la trascendencia social y económica de los servicios sanitarios, así como su conexión inmediata con el derecho constitucional a la protección de la salud, la garantía de un sistema nacional sanitario, que atienda en condiciones de igualdad material y eficazmente a los ciudadanos, sólo puede formularse, respetando los ámbitos de competencia estatales y autonómicos, a través de una institución que articule la concurrencia, lo que asume en nuestro derecho el Consejo. Es cierto que la regulación y definición básicas del Sistema Nacional de Salud se han realizado por el Estado mediante leyes estratégicas de contenido amplio y, en ocasiones, con gran detalle. Mas no es menos cierto que aspectos básicos de su funcionamiento y gestión, comprendidos y amparados por el título “bases de la sanidad” del artículo 149.1.16ª de la Constitución, están comprendidos dentro del ámbito funcional del Consejo, cuyos acuerdos vinculan al Estado. No es el lugar ni el momento de efectuar un balance del acierto de la Ley 16/2003-CCSNS en la regulación del Consejo. Sí es importante destacar que su transformación respecto de las previsiones inicialmente establecidas en la Ley 14/1986-LGS, supone una mayor garantía de que los servicios sanitarios no se fragmentarán, poniendo en peligro su eficacia y la igualdad de acceso de los ciudadanos a las prestaciones sanitarias. A partir de esta exigencia mínima, corresponde al Consejo o, lo que es lo mismo, al Estado y a las Comunidades Autónomas en su seno, avanzar y profundizar en la definición del sistema sanitario, corrigiendo desequilibrios y desigualdades, ampliando sus niveles de eficacia y de eficiencia, y velando y actuando, en su caso, sobre las diferencias de financiación sanitaria que se vienen produciendo entre Comunidades y de las que alerta la propia Ley 16/2003-CCSNS en el artículo 71.1.ñ) y en la Disposición Adicional 7ª.

BIBLIOGRAFÍA

ADMINISTRACIÓN SANITARIA (Revista de Administración Sanitaria), Vol. VI, Monográfico 2 (Noviembre 2002), *Encuentro: Coordinación del Sistema Nacional de Salud*.

COBREROS MENDAZONA, EDORTA, *La coordinación sanitaria estatal y las Comunidades Autónomas*, Documentación Administrativa, núm. 230-231 (1992), págs. 297 y ss.

ECHEBARRÍA, KOLDO y SUBIRATS, JOAN, *Descentralización y coordinación de la Sanidad en el Estado autonómico*, Papeles de Economía Española, núm. 76 (1998), págs. 78 y ss.

MANSILLA, PEDRO, *Coordinación General Sanitaria*, ed. Mondadori, Barcelona, 1988.

PEMÁN GAVÍN, JUAN, *Sobre el proceso de desarrollo y aplicación de la Ley General de Sanidad: Balance y Perspectivas*, Revista de Derecho y Salud, Vol. 8, núm. 2 (1999).

PEMÁN GAVÍN, JUAN, *Del seguro obligatorio de enfermedad al Sistema Nacional de Salud: El cambio en la concepción de la asistencia sanitaria pública durante el último cuarto de siglo*, en "El Derecho Administrativo en el Umbral del Siglo XXI. Libro Homenaje al Profesor Ramón Martín Mateo", ed. Tirant Lo Blanch, Valencia, 2000.

REY DEL CASTILLO, JAVIER, *La organización territorial de los servicios públicos sanitarios*, en "La Organización de los servicios públicos sanitarios" (Actas de las jornadas de estudio celebradas en la Universidad Carlos III de Madrid los días 10 y 11 de abril de 2000), ed. Marcial Pons, Madrid, 2001, págs. 125 y ss.

REY DEL CASTILLO, JAVIER, *A vueltas con la coordinación en el Sistema Sanitario y el papel del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud*, Administración Sanitaria (Revista de Administración Sanitaria), Vol. VI, Monográfico 2, Noviembre 2002, págs. 101 y ss.

RICO GÓMEZ, ANA, *La Descentralización sanitaria en España: El camino recorrido y las tareas pendientes*, Papeles de Economía Española, núm. 76 (1998), págs. 49 y ss.