

COORDINACIÓN GENERAL SANITARIA

Juan Luis Beltrán Aguirre
Presidente de la Asociación “Juristas de la Salud”
jbeltran@defensornavarra.com

1. El significado de la coordinación general sanitaria.

La culminación del dilatado proceso de descentralización de la asistencia sanitaria pública con el traspaso de los servicios del INSALUD a todas las Comunidades Autónomas 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.

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

² Ahora sólo falta la sanidad penitenciaria, que ya la ha recibido Cataluña, y que está previsto sea traspasada al resto de Comunidades Autónomas.

que aquí concierne, se trata de determinar los objetivos de la coordinación general sanitaria y las actuaciones a que habilita este título en razón de lo regulado al respecto por la legalidad vigente (Ley General de Sanidad y Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud) así como de lo discernido por el 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.

- En atención al concreto listado de acciones descritas en el artículo 70.2 de la Ley General de Sanidad³, 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.

³ 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.

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 sanitario⁴, 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 autonómicas⁵, 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 coordinación, 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, MUÑOZ MACHADO⁶ convenientemente ha precisado 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.*”

Cierto que GARCÍA DE ENTERRÍA⁷, 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 y 16 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”.

⁴ Esta caracterización de la coordinación fue recogida literalmente en el artículo 73 de la Ley General de Sanidad.

⁵ Es, en general, toda la normativa técnico-sanitaria y de establecimiento de índices o criterios comunes de evaluación.

⁶ “La formación y crisis de los servicios sanitarios públicos.”, Alianza Editorial, 1995, págs. 110 a 113.

⁷ “Estudios sobre autonomías territoriales”, Cívitas, 1985, pág. 345, y más recientemente “Curso de Derecho Administrativo”, Tomo I, décima edición, Cívitas, 2000, págs. 326 y 327.

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 autoconformación; 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 ha venido acogiendo a la segunda concepción de la coordinación, la material y vertical, pues reiteradamente a manifestado, por lo menos hasta el año 2004, 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 “*conlleve 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 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 material⁸, 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 Administración 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

⁸ 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, págs. 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.

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.

No obstante, algún sector doctrinal no hace esta lectura de la doctrina del Tribunal Constitucional. En criterio de M. VAQUER CABALLERÍA⁹ el Tribunal Constitucional paulatinamente ha ido decantándose por una conceptualización de la competencia de coordinación general que permite la adopción de medidas necesarias y suficientes. Razona al respecto que *“no puede seguir confundiendo la coordinación como principio y como competencia. El principio de coordinación apela a una coordinación meramente formal, pues nada añade a las competencias propias de cada afectado, sino que afecta sólo a la forma de su ejercicio. Pero de la competencia de coordinación ya no puede afirmarse a priori que sea ni formal ni sustantiva. Esta competencia acaba siendo caracterizada, excepto, por lo que hace al límite absoluto del principio de autonomía, en términos relativos de eficacia y proporcionalidad. No se define por una técnica o conjunto de técnicas abstractas de relación predicables en todo caso de ella, sino por un resultado legitimador de las <<medidas necesarias y suficientes>> en cada caso, articulables por el legislador con amplio margen de apreciación: medidas que habrán de ser primaria o preferentemente formales, por exigencias de proporcionalidad, pero que pueden ser subsidiariamente sustantivas cuando las anteriores sean insuficientes o ineficaces para lograr el objetivo de cohesión perseguido.”*

No tengo mayor inconveniente en aceptar que el ejercicio de la competencia de coordinación general sanitaria ha de hacerse en términos de proporcionalidad y eficacia, por lo que en casos extremos puede llegar a ser sustantiva.

En fin, recapitulando lo expuesto, considero 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. En cualquier caso, no debe invocarse por 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 Autónomas¹⁰. 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.

Todos los Estatutos de Autonomía establecen que corresponde al Estado la coordinación conducente al cumplimiento de las facultades y competencias asumidas en materia de sanidad. Pues bien, dilucidado en el apartado anterior el significado y alcance de la coordinación general sanitaria, se trata ahora de perfilar qué instrumento es el adecuado para el ejercicio de esa función.

La coordinación sanitaria es necesaria, no en el nivel de desarrollo 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 ejecución de la materia sanidad corresponde por entero y en exclusiva a las Comunidades Autónomas respecto de la generalidad de la materia y a las Entidades locales

⁹ “La coordinación y el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.”, en la obra colectiva “La reforma del Sistema Nacional de Salud.” Marcial Pons, 2004, págs. 114 a 118.

¹⁰ En este mismo sentido, J. TORNOS y otros “Informe sobre las Autonomías” Cívitas, 1988, pág. 140.

exclusivamente en lo que hace al control sanitario. Pero aquí nos importa la coordinación entre las Administraciones sanitarias de 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 sí, 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. MANSILLA¹¹ 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 entender 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.

Pues bien, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud en su artículo 61.2 lo define como “*el órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud entre ellos y con la Administración del Estado, que tiene como finalidad 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.*”

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 Salud¹², si bien para ello es precisa una modificación de sus funciones y funcionamiento pues las actuales previsiones contenidas en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud son insuficientes¹³.

¹² Ejemplo elocuente de que esta apreciación no es errada o estrambótica 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.

¹³ Una crítica a su actual estructuración y funcionamiento la hago en mi libro *Derecho Sanitario de Navarra, Gobierno de Navarra, 2005*, pp. 122 a 129.

¹¹ “Coordinación General Sanitaria”, MONDADORI, 1988, pág. 102.

Finalmente, obligado es decir y reconocer que 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 aceptables.