

La coordinación sanitaria estatal y las Comunidades Autónomas

SUMARIO: I. LAS COMPETENCIAS EN MATERIA SANITARIA. II. LA COORDINACION SANITARIA EN LA CONSTITUCION Y EN LA JURISPRUDENCIA CONSTITUCIONAL. III. LA COORDINACION SANITARIA EN LA LEY GENERAL DE SANIDAD.

1. LAS COMPETENCIAS EN MATERIA SANITARIA

Antes de entrar directamente en el análisis de la *coordinación* en materia sanitaria, como específica competencia estatal, resultará pertinente describir el panorama de las diversas responsabilidades que concurren en la prestación del servicio público sanitario. La precisión se hace tanto más conveniente por cuanto que, por un lado, las competencias en esta materia han estado, tradicionalmente, diseminadas entre diversas Administraciones y, por otro, la aparición de las Comunidades Autónomas, si bien permite racionalizar el sistema y obtener mejores resultados en la actividad sanitaria, también es cierto que ha añadido un sujeto más al conjunto de los que tenían responsabilidades en la cuestión.

Empezando por el principio —y dicho sea de una manera muy descriptiva—, en el «momento cero» (normativa —y coloquialmente— hablando), esto es, cuando se promulga la Constitución, nos encontramos con los siguientes sujetos:

A) El Estado, que en esta materia tiene una doble vía de actuación¹: en primer lugar, un conjunto organizativamente más o menos desordenado de títulos de intervención relativo, sobre todo, a la protección de la salud pública²; en segundo lugar, pero que acabarán siendo cualitativa y cuantitativamente las más importantes, las prestaciones sanitarias derivadas de la Seguridad Social³.

B) Las Administraciones locales, también con competencias en la materia, algunas muy destacadas (como es el caso de la asistencia psiquiátrica, en manos de las Diputaciones Provinciales).

Sobre esta situación, el Texto Constitucional y los subsiguientes Estatutos de Autonomía incidirán decisivamente y, dicho de una forma muy somera, de la manera siguiente: la materia sanitaria va a ser una de aquéllas que los nuevos entes, Comunidades Autónomas, va a poder asumir, en los términos que los artículo 148 y 149 CE y sus respectivas normas estatutarias dispongan. Ahora bien, ¿cuáles son estos términos? Veámoslo con un poco de detenimiento.

El artículo 148.1 CE —marco inmediato de las competencias de las Comunidades Autónomas de autonomía limitada—, en su ordinal 21, permite asumir competencias en materia de «Sanidad e Higiene», términos estos últimos que, si consideramos en su conjunto lo dispuesto en los dos preceptos constitucionales citados que establecen el listado competencial, obligan a interpretar que se trata de las competencias sanitarias *no* vinculadas al sistema de Seguridad Social⁴. Por esta senda discurrieron los Estatutos de Autonomía⁵ y ahora sólo queda preguntarse sobre la actualización de la posibilidad contenida en el segundo párrafo del artículo 148 CE, al haber pasado ya más de cinco años desde su promulgación. Pues bien, a este respecto, debe señalarse que los recientes *Acuerdos Autonómicos*⁶ no prevén una ampliación competencial, sino que expresamente la excluyen⁷, con lo cual, y resumien-

¹ Para una mayor comprensión, *vid.* el clarificador trabajo de REBOLLO PUIG, M.: «Sanidad preventiva y salud pública en el marco de la actual Administración sanitaria española», en *REALA*, núm. 239, 1988, pp. 1403 y ss.

² Con un referente normativo último en la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944.

³ Con un referente mediato en la Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad de 1942 y con otro más inmediato en la Ley de Seguridad Social de 1966, sustituida por el Texto Refundido de 1974.

⁴ *Vid.*, por todos, MUÑOZ MACHADO, S.: *Derecho Público de las Comunidades Autónomas*, Civitas, Madrid, vol. I, 1982, p. 565.

⁵ Para superar lo que, a primera vista, podría parecer un exceso al recogerse en algún Estatuto de autonomía de los de esta clase, como competencia autonómica, la coordinación sanitaria «incluida la de la Seguridad Social» [así, art. 11.j) E. Ast., 11.k) E. Mur., 32.3 E. Cast.-Mancha, 11.7 E. Bal.], *vid.* la acertada interpretación de MUÑOZ MACHADO, S.: *ibidem*, p. 566.

⁶ Suscritos, como es sabido, el 28 de febrero de 1992 por el Gobierno, el Partido Socialista Obrero Español (que sustenta a aquél) y el Partido Popular (que constituye el primer partido de la oposición).

⁷ El apartado 4 [«Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social (INSALUD)»] señala textualmente:

do, la mayoría (numéricamente hablando) de las Comunidades Autónomas disponen de las competencias sanitarias que no tengan su origen en el sistema de la Seguridad Social.

Para las restantes Comunidades Autónomas⁸ el precepto constitucional a considerar es el artículo 149.1.16, donde se reserva al Estado, por lo que aquí interesa, la «Sanidad exterior. Bases y coordinación general de la sanidad», si bien a esto habrá que añadir un nuevo título competencial del Estado reconocido en los Estatutos de Autonomía, cual es el de la «Alta Inspección» en la materia⁹.

Si pasamos del marco teórico a la práctica resultante, en cuanto al ejercicio efectivo de las competencias autonómicas en la materia sanitaria¹⁰ puede señalarse: *a)* que el mismo se produjo ya por parte de los entes preautonómicos¹¹; *b)* que lo que más problemas presentó fue —como era lógico prever— el traspaso del INSALUD, esto es, del aparato sanitario conectado con el sistema de la Seguridad Social¹²; y *c)* que, con el traspaso de los servicios prestados por este Instituto a Galicia y a Navarra a finales de 1990, el proceso puede darse momentáneamente por concluido.

A la vista de los datos proporcionados por el Texto Constitucional —donde, se insiste, aparecen en momentos distintos y como títulos

«Los partidos políticos firmantes, habiendo abordado las posibilidades de incluir en la ampliación de competencias a que se refieren estos Acuerdos la materia "Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social (INSALUD)", y analizadas las circunstancias de todo tipo que concurren en la misma, han considerado la conveniencia de no incluirla.

Ello no obstante, se juzga del mayor interés que la Administración del Estado intensifique la participación de las Comunidades Autónomas, dentro del marco de la Ley General de Sanidad, en los debates y trabajos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud».

⁸ Esto es, País Vasco, Cataluña, Galicia y Andalucía, en virtud de sus respectivos Estatutos; Valencia, por medio de la Ley Orgánica de Transferencia 12/1982, de 10 de agosto (y hasta que, según la previsión contenida en el punto 6 de los *Acuerdos Autonómicos* citados, pase a incorporarse definitivamente a su Estatuto, tras la pertinente reforma); y, finalmente, Navarra, a través de su peculiar Amejoramiento Foral.

⁹ Artículos 18.4 EV, 17.4 EC, 33.4 EG, 20.4 EA, 38.4 E.Val. (en relación con el art. 1 de la LOTRAVA), 53.3 LORAFNA.

¹⁰ Lo cuenta con precisión y directo conocimiento de causa MANSILLA, P., en *Coordinación General Sanitaria*, Mondadori, Madrid, 1988, pp. 25 y ss.

¹¹ Así, por citar los primeros, tenemos los Reales Decretos 2209 y 2210/1979, de 7 de septiembre, para el País Vasco y Cataluña, respectivamente.

¹² E incluso en un caso, la falta de acuerdo se plasmó en un conflicto de competencia planteado por la Junta de Galicia contra la omisión del Real Decreto de traspasos en la materia, y que finalizaría con Sentencia del Tribunal Constitucional 201/1990, de 13 de diciembre, que resolvería desestimarlos por tratarse de «un puro *factum* no susceptible de traerse a este proceso y de propiciar una declaración del Tribunal acerca de la titularidad de la competencia controvertida, pues, en realidad, no ha existido controversia competencial».

Más recientemente el Tribunal Constitucional ha tenido que declarar inconstitucional la consignación de partidas presupuestarias destinadas al funcionamiento regular del servicio, en la medida en que se hacía genéricamente en favor del INSALUD, lo que no resultaba correcto para aquellas Comunidades Autónomas que ejercían tal servicio como competencia propia (*vid.* Sentencia 13/1992, de 6 de febrero, RI, FJ 12.A y 13.J).

competenciales diferenciados lo relativo a la Sanidad y a la Seguridad Social (arts. 43 y 148.1.21 y 149.1.16, por un lado; y 41 y 149.1.17, por el otro, respectivamente)— la incertidumbre no quedaba despejada, puesto que en manos del legislador quedaban teóricamente tres posibilidades:

A) Continuar con la duplicidad de sistemas sanitarios: uno gestionado por el aparato de la Seguridad Social y el otro por los servicios generales de Sanidad pública; lo que en el fondo no sería sino mantener (con la fuerza que la inercia tiene) un sistema unánimemente considerado como insatisfactorio. En este caso, y como gráficamente señalaba MUÑOZ MACHADO, las Comunidades Autónomas se convertirían en «herederas universales de un sistema sanitario mal organizado frente al que desde hace ya tiempo vienen fracasando los intentos, más o menos sinceros, de reforma»¹³.

B) Reservar al sistema de la Seguridad Social las prestaciones estrictamente económicas, organizando las sanitarias según un sistema propio, separado e integral. Opción que, se adelanta ya, ha sido la seguida por el legislador posconstitucional con la Ley General de Sanidad de 1986 (sin perjuicio de que el sistema anterior haya dejado alguna huella).

C) Que el sistema de Seguridad Social englobase tanto las prestaciones económicas como la totalidad de las sanitarias públicas, opción que, ciertamente, no tenía entusiastas valedores (pero que era una hipótesis posible y por eso —solamente— aquí se señala).

De seguirse la segunda opción, teóricamente nada impediría que las denominadas Comunidades Autónomas de segundo grado asumiesen la integridad de las competencias en materia sanitaria, puesto que en nada se verían afectadas las relativas a la Seguridad Social (ya que, como se ha visto, se partía precisamente de la *separación neta* entre una y otra), con lo que la voz «sanidad» del artículo 148.1.21 CE¹⁴ adquiriría una dimensión mucho mayor que la que tenía en el momento de su promulgación.

¹³ Añadiendo, a continuación: «Las Comunidades Autónomas asumen, pues, competencias en relación con un sistema sanitario no integrado, en el que conviven con filosofía propia la organización sanitaria estatal, de matiz marcadamente preventivo, pero dotada también de algunos servicios asistenciales, los servicios sanitarios de los entes locales y, principalmente, de las Diputaciones provinciales, y la red de establecimientos sanitarios de la Seguridad Social, todos ellos a su vez dificultosamente conectados con el sistema de asistencia privado. La organización de la Sanidad, considerada como agrupación del conjunto de servicios referidos, adolece hoy de una notable dispersión y de una ostensible falta de coordinación que algún día tendrá que ser corregida. Lo que nos cumple subrayar es que los nuevos entes participen en el ejercicio de las competencias sanitarias sólo podrán aportar un punto más de desconexión, si no se opta por una organización distinta del sistema y se adapta a las exigencias autonómicas» (*op. cit.*, p. 571).

¹⁴ Como observó en su momento MUÑOZ MACHADO, S.: *ibidem*, p. 572.

La vigente Ley General de Sanidad, intencionada reforma a fondo del sistema, ha optado por la instauración de un *Sistema Nacional de Salud*¹⁵ —integrado por todas las estructuras y servicios públicos al servicio de las salud (art. 44.1 LGS)—, que es el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (art. 44.2 LGS); por tanto, teóricamente, es también posible —incluso sin reforma estatutaria alguna— la asunción de las máximas competencias en la materia por todas las Comunidades Autónomas. Sin embargo, como ya se ha visto, al menos por ahora no existe lo que se viene denominando (de una manera, por cierto, bastante desacertada, pero que servirá para entendernos) «voluntad política» al respecto. Con lo que en algunas Comunidades Autónomas existirá un sistema «propio» de salud junto con el sistema «estatal» que comprende las prestaciones sanitarias que traían su origen en las dispensadas por el sistema de la Seguridad Social, mientras que en otras Comunidades Autónomas (País Vasco, Cataluña, Galicia, Andalucía, Valencia y Navarra) habrá un único sistema de salud —dependiente de la Comunidad respectiva— en el que se incluyen las prestaciones que el INSALUD venía dispensando¹⁶.

A la vista de lo señalado, puede adverbarse la afirmación preliminarmente realizada respecto a la posibilidad abierta para una racionalización del sistema y una obtención de mejores resultados por cuanto que cada Comunidad Autónoma puede organizar su propio sistema integrando, además, las prestaciones diseminadas en la Administración Local, con una mayor intermediación y conocimiento de las necesidades¹⁷; pero, también, respecto a la señalada mayor complejidad del sis-

¹⁵ En la Exposición de Motivos se llega a afirmar que «la directriz sobre la que descansa toda la reforma que el presente proyecto de Ley (*sic*) propone es la creación de un Sistema Nacional de Salud)» (apartado III).

¹⁶ Si bien la conexión de las prestaciones realizadas por el INSALUD con el sistema de la Seguridad Social ha dejado su impronta también en el momento de su traspaso —tal y como expresamente se preveía con carácter general en la disposición adicional séptima LGS («Los centros y establecimientos sanitarios que formen parte del patrimonio único de la Seguridad Social continuarán titulados a nombre de la Tesorería General, sin perjuicio de su adscripción funcional a las distintas Administraciones Públicas Sanitarias») —, por cuanto que en todos los Reales Decretos aparece no que se transfiera la titularidad de los inmuebles y restante patrimonio de la Administración del Estado a la titularidad plena de la Comunidad Autónoma, sino que se *adscriben* a la misma; adscripción que ha de entenderse «sin perjuicio de la unidad de patrimonio de la Seguridad Social, distinto al del Estado y afecto al cumplimiento de sus fines específicos, cuya titularidad corresponde a la Tesorería General de la Seguridad Social». Si bien, en el caso de la Comunidad Autónoma del País Vasco —por causa de la específica previsión estatutaria recogida en el art. 18 y en la disposición transitoria quinta EV— se ha añadido que «el régimen a que se refieren los números precedentes se configura como transitorio hasta tanto se creen las condiciones para la asunción por la Comunidad Autónoma del País Vasco de la plena titularidad de bienes inmuebles de la Seguridad Social adscritos al INSALUD en su territorio» (punto D.3 del Anexo al Real Decreto 1536/1987, de 6 de noviembre).

¹⁷ Adviértase en que la Ley General de Sanidad, en su artículo 49 —que tiene carácter de norma básica (según el art. 2.1)—, ya establece que «en cada Comunidad Autónoma se constituirá un Servicio de Salud integrado por todos los servicios y establecimientos de la propia Co-

tema, por cuanto que autonomía significa, justamente, permitir soluciones organizativas y ejecuciones diferentes (aunque es también cierto que la estructuración fundamental tiene carácter básico, a respetar y asumir por todas las Comunidades Autónomas)¹⁸ y, además, ya se ha visto que hay «territorio INSALUD» en una buena parte —en términos económicos algo menos del 45 por 100 del presupuesto total de la asistencia sanitaria— y en otra, en cambio, los entes autonómicos han absorbido todo el aparato prestacional público¹⁹.

munidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intra-comunitarias, que estará gestionado, como se establece en los artículos siguientes, bajo responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma».

¹⁸ Clarívidentemente lo puso de manifiesto MUÑOZ MACHADO mucho antes de que se aprobase la Ley General de Sanidad cuando señaló que «la integración de servicios en una organización única supone la constitución de un sistema sanitario de cobertura nacional, no integrado por piezas separadas y desconexas, sino articulado de manera que responda a principios uniformes en todo el territorio. Las competencias autonómicas no son un obstáculo para ello, desde luego (si lo fueran serían también un obstáculo constitucionalmente insalvable), pero obligadamente tendrán que ejercerse de una manera mucho más coordinada y acomodarse a las pautas que resulten de una planificación más intensa (...). Seguramente el efecto más notable que produce la adopción de un modelo sanitario integral, es una expansión de lo “básico” en un punto crucial: el organizativo. Si un sistema sanitario disgregado y disperso como el actual admite sin notar mayores quebrantos la organización separada de los servicios Comunidad por Comunidad, la adopción de un modelo unificado, de un verdadero “sistema”, requiere una uniformación de las pautas organizativas, o, dicho desde la perspectiva competencial en la que estamos, que lo organizativo pase a convertirse en un elemento esencial de lo “básico” en materia de Sanidad» (*op. cit.*, pp. 572 y 573).

¹⁹ En este sentido resulta significativa la previsión contenida en la disposición adicional sexta LGS, cuyo primer apartado recoge esta dualidad de sistemas («Los centros sanitarios de la Seguridad Social quedarán integrados en el Servicio de Salud sólo en los casos en que la Comunidad Autónoma haya asumido competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, de acuerdo con su Estatuto. En los restantes casos, la red sanitaria de la Seguridad Social se coordinará con el Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma») y cuyo segundo apartado introduce un mecanismo de coordinación en el seno de tales Comunidades Autónomas («La coordinación de los centros sanitarios de la Seguridad Social con los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas que no hayan asumido competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, se realizará mediante una Comisión integrada por representantes de la Administración del Estado y de la Comunidad Autónoma, cuyo Presidente será designado por el Estado en la forma que reglamentariamente se determine»).

Para adaptarse a estas circunstancias, es decir, a las exigencias de la Ley General de Sanidad allí donde no ha quedado asumida por la Comunidad Autónoma la actividad desarrollada por el INSALUD, el Gobierno dictó en 1990 un Decreto sobre estructura periférica de gestión de los servicios sanitarios (se trata del Real Decreto 571/1990, de 27 de abril) —que fue impugnado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos pero que el Tribunal Supremo desestimó en su Sentencia de 16 de marzo de 1992, Ar. 2981—, donde, entre otras cosas: a) se dispone que la organización anterior del INSALUD (de tipo provincial) se estructura ahora sobre los niveles *Comunidad Autónoma* —donde existirá una *Dirección Territorial*— y *Area de Salud* —donde existirá una *Dirección de Sector*—; b) se prevé la posibilidad de que la Comunidad Autónoma colabore en la gestión del INSALUD a través de la *Comisión de Dirección* (órgano de auxilio del Director Territorial y que, como primera función, tiene la de «la coordinación de los planes y actuaciones del Instituto Nacional de la Salud en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma», así como la de «la coordinación de las políticas de personal, conciertos, compra y suministros en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma», art. 3); c) se dispone, asimismo, que cada Dirección Territorial, a su vez bajo la *coordinación general* de la Delegación del Gobierno en la Comunidad Autónoma correspondiente, asuma las competencias de dirección, supervisión y *coordinación* del INSALUD; d) en cada Area de Salud (en la terminología de la

Se eleva, así, a necesidad el funcionamiento coordinado del Sistema Nacional de Salud, que, como se ha visto que ha quedado diseñado en la Ley General de Sanidad, es el conjunto —que no puede resultar desequilibrado— de los servicios de salud estatal y autonómicos (éstos, a su vez, cualitativamente diferenciados, según que hayan absorbido o no la actividad del INSALUD, como tantas veces se ha repetido).

II. LA COORDINACION SANITARIA EN LA CONSTITUCION Y EN LA JURISPRUDENCIA CONSTITUCIONAL

En la materia sanitaria, las competencias estatales están relativamente claras: el Estado tiene la exclusiva titularidad, según el decisivo apartado 16 del artículo 149.1 CE, de la *Sanidad exterior*, de las *bases de la sanidad* y de la *coordinación general* de la misma, a lo que hay que añadir, como ya se ha señalado antes, la de la *alta inspección* en la materia (atribuida por el otro componente importante del bloque de la constitucionalidad que son los Estatutos de Autonomía). Dado que el objeto central de este trabajo es la competencia estatal de coordinación²⁰, valdrá con una simple referencia a las otras competencias estatales (advirtiendo expresamente de la interconexión existente entre todas ellas).

A) En primer lugar, ha de destacarse el desglose que el Texto Constitucional ha realizado de la *Sanidad exterior* —como reservada *in integrum* al Estado— y que, si bien responde a una tradición histórica²¹, poca justificación tiene en la actualidad, ciertamente²². Por su

Ley General de Sanidad) o Sector Sanitario (en la de este Real Decreto) se prevé la figura de los *Coordinadores* de Equipo de Atención Primaria (art. 5); y e) con nivel orgánico de Subdirección General se crea la figura del *Coordinador* General de las Direcciones Territoriales (esto es, de las de cada Comunidad Autónoma) que tendrá como primera función la de «*coordinar* la actividad de las Direcciones Territoriales del Instituto Nacional de la Salud con la política y directrices que emanen de la Dirección General de la Entidad Gestora» (art. 8.2). Como se ve, toda una obsesión por la *coordinación*, tanto entre entes como, sobre todo, interorgánica.

El Real Decreto 858/1992, de 10 de julio, por el que se determina la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo, cuya disposición adicional segunda está dedicada al INSALUD, respeta la reorganización del citado Real Decreto 571/1990.

²⁰ Se prescinde así de otras actuaciones de coordinación que ahora no interesan directamente (como la coordinación entre los propios servicios sanitarios estatales, la coordinación entre los servicios autonómicos, la coordinación de unos y otros con los de las Administraciones locales o, por último, la coordinación de los servicios de titularidad pública con el importante sector sanitario privado).

²¹ Para sus orígenes en la legislación española desde la Ley de 1855, pasando por el Reglamento de 1857, *vid.* MUÑOZ MACHADO, S.: *La Sanidad Pública en España (Evolución histórica y situación actual)*, IEA, Madrid, 1975, pp. 116 y ss. y 132 y ss.

²² Esta división le parece «cuestionable y en algunos aspectos hasta difícil de establecer» a MUÑOZ MACHADO, S., en *Derecho Público de las Comunidades Autónomas*, cit., p. 567. Más rotundamente, MANSILLA señalará que «para imponer la competencia exclusiva del Estado en ma-

parte, la Ley General de Sanidad definirá como actividad de sanidad exterior «todas aquellas que se realicen en materia de vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivadas de la importación, exportación o tránsito de mercancía y del tráfico internacional de viajeros» (art. 38.2) ²³.

B) Por lo que respecta a las bases de la sanidad, esta atribución competencial significa que el Estado va a poder establecer los principios fundamentales que recojan las actuaciones en esta materia, así como el diseño organizativo común para la prestación del servicio. De hecho, la Ley General de Sanidad, que pretende reformar a fondo el sistema, como se ha dicho ya, constituye la pieza principal de estas bases estatales e inexcusable marco de referencia normativo para las Comunidades Autónomas ²⁴. En cuanto a la interpretación constitucional al respecto —y teniendo muy presente (pero dándola por conocida en este momento) la evolución de la doctrina del Tribunal Constitucional ²⁵—, tempranamente (1983) se indicó, expresamente para la materia sanitaria ²⁶, que «aunque, como consecuencia de lo expuesto, la competencia estatal para fijar las bases es una competencia de normación que corresponde al legislador, ocurre que en algunas materias ciertas decisiones y actuaciones de tipo aparentemente coyuntural, que tienen como objeto la regulación inmediata de situaciones concretas, pueden tener sin duda un carácter básico por la interdependencia de éstas en todo el territorio nacional y por su incidencia en los fundamentos mismos del sistema normativo. (...), y así sucede también en el ámbito de la sanidad interior, donde determinadas medidas concretas por su

teria de sanidad exterior, parece que la Constitución se inspira en la persistencia obsoleta de esta división de la Sanidad (...). Hoy, cuando los recursos sanitarios están tan desarrollados y cuando las estructuras sanitarias dedicadas a lo que puede entenderse como sanidad interior son prácticamente la totalidad de los recursos sanitarios, nos parece absolutamente superflua y artificial esta separación entre una y otra. Al mismo tiempo que estamos convencidos que la mejor manera de desarrollar las acciones sanitarias encomendadas a la sanidad exterior se desempeñan desde los centros y servicios que constituyen la sanidad interior» (*Reforma Sanitaria. Fundamentos para un análisis*. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1988, p. 47).

²³ *Vid.*, también, su disposición final octava, así como el Real Decreto 1418/1986, de 13 de junio, sobre funciones del Ministerio de Sanidad y Consumo en materia de Sanidad Exterior (debiendo tenerse en cuenta que, con respecto a diversos preceptos de esta norma reglamentaria, la Junta de Galicia planteó un conflicto de competencias que aún está pendiente de resolución).

Este título competencial estatal ha sido utilizado en alguna ocasión por el Tribunal Constitucional (concretamente, en la que resultó muy discutida Sentencia 252/1988, de 20 de diciembre, CC, FJ 3; en la 54/1990, de 28 de marzo, CC, FJ 3; y en la 192/1990, de 29 de noviembre, CC, FJ 3).

²⁴ De hecho, su artículo 2.1 explicita «la condición de norma básica en el sentido previsto en el artículo 149.1.16 de la Constitución» a la casi totalidad de sus artículos; además, el artículo 40 recoge, en los dieciséis apartados de que consta, otros tantos tipos de actuaciones que se consideran competencia del Estado (algunas de ellas puramente ejecutivas o registrales).

²⁵ Valga, entonces, la remisión al trabajo de TORNOS MAS, J.: «La legislación básica en la Jurisprudencia del Tribunal Constitucional», en *RVAP*, núm. 31, 1991, pp. 275 y ss.

²⁶ En la importante Sentencia 32/1983, de 28 de abril, CC —ratificada seguidamente en la 42/1983, de 20 de mayo, CC—, a la que reiteradamente habrá que aludir en este trabajo.

contenido, pero necesariamente generales en cuanto a su ámbito territorial de eficacia, son inseparables de otras medidas de ordenación normativa básica y deben ser por ello incluidas en el concepto de bases de competencia estatal. No es preciso exponer aquí cuáles sean esas medidas concretas, (...). Lo que importa señalar ahora, reiterando lo ya expuesto en el fundamento primero de la sentencia ya citada de 28 de enero de 1982, es que "el Gobierno podrá hacer uso de su potestad reglamentaria para regular por Real Decreto y de modo complementario" algunos de esos aspectos particulares o concretos de la materia básica. Lo que, sin embargo, no podrá hacer el Gobierno es definir en términos generales y por Real Decreto lo que es básico, pues es al legislador posconstitucional a quien corresponde establecer lo que entiende por bases de una materia, delimitando así lo que es competencia estatal y definiendo al mismo tiempo el punto de partida y el límite a partir del cual puede ejercer la Comunidad Autónoma su competencia de desarrollo legislativo»²⁷.

Posteriormente (1988), y tras el punto de inflexión que supuso la adición del componente formal al concepto material de bases, el Tribunal Constitucional ha señalado sobre esta cuestión: «Pues bien, sin necesidad ahora de vincular esa finalidad al hecho de orden formal de que la norma básica venga incluida en Ley votada en Cortes que designe expresamente su carácter básico, es claro que, aun en los supuestos excepcionales en que en la norma básica se prevea por una disposición de rango reglamentario —tal como aquí sucede—, resulta ineludible que la disposición precise expresamente el carácter básico de la norma o, en todo caso, que ese carácter pueda inferirse sin dificultad alguna. Lo que no es admisible constitucionalmente es que la norma pretendidamente básica —con independencia ahora del rango normativo que tenga— no concrete lo básico sino por remisión a una posterior labor deductiva a desarrollar sobre la propia disposición o sobre cualesquiera otras, ya que con ello se crea un ámbito de inseguridad y confusión radicalmente incompatible con el sistema de distribución de competencias constitucionalmente establecido. La consecuencia no puede ser otra, por tanto, que la de negar el carácter básico del artículo 10.2 del Real Decreto impugnado, en cuanto condiciona el ejercicio de las competencias autonómicas a unos inconcretos y ambiguos principios generales en la coordinación y planificación, no pudiéndose reconocer en tal previsión un ejercicio adecuado de la competencia estatal para la ordenación de las bases de la materia de sanidad interior»²⁸.

²⁷ Sentencia 32/1983, cit., FJ 2.

²⁸ Sentencia 182/1988, de 13 de octubre, CC, FJ 5. *Vid.*, también, aunque con menor alcance, la Sentencia 192/1990, cit., FJ 4.

Así pues, de acuerdo con lo previsto por la mejor doctrina ²⁹, lo interpretado por el propio Tribunal Constitucional (en las sentencias reproducidas) y lo dispuesto por el legislador estatal (en la Ley General de Sanidad, fundamentalmente), las bases de la sanidad (interior) comprenden no sólo las normas que establecen el diseño fundamental del sistema sanitario general, sino que también pueden incluir algunas actuaciones de carácter ejecutivo, pero esto último no puede realizarse de cualquier manera o sorpresivamente, sino que se ha de haber previsto, en principio, con anterioridad y con especificación de su carácter de básico.

C) La *alta inspección* en esta materia es también una competencia del Estado sobre las Comunidades Autónomas ³⁰. A este respecto, el Tribunal Constitucional ³¹ ha tenido la oportunidad de recordar que «la alta inspección recae “sobre la correcta interpretación de las normas estatales, así como de las que emanan de las Asambleas comunitarias”» y ha especificado que «así entendida, la alta inspección constituye una competencia estatal de vigilancia, pero no un control genérico e indeterminado que implique la dependencia jerárquica de las Comunidades Autónomas respecto a la Administración del Estado, sino un instrumento de verificación o fiscalización que puede llevar en su

Con posterioridad —si bien para otra materia distinta a la sanitaria, pero que puede resultar relevante por lo que al primero de los aspectos recogidos se refiere (esto es, al problema del rango de la norma básica)— el Tribunal Constitucional ha matizado que se trata de un «*principio de preferencia de ley* —no confundible con el de reserva de ley, incompatible con el aspecto material que interviene en la conformación del concepto de lo básico—, en virtud del cual corresponde, siempre que así sea posible, definir lo básico a la norma emanada del poder legislativo del Estado, que es la que mejor garantiza la generalidad y estabilidad de las reglas básicas y, por consiguiente, el respeto debido a las competencias autonómicas de desarrollo» (Sentencia 147/1991, de 4 de julio, CC, FJ 4, el subrayado está añadido).

²⁹ Como MUÑOZ MACHADO, para quien —además de lo recogido *supra* en la nota 18, con referencia a la relación entre lo «básico» y lo «organizativo»— debía «admitirse que la definición de lo que sea o no básico en esta materia tenga que contenerse en normas (no precisamente en leyes: Sentencia del Tribunal Constitucional de 28 de enero de 1981), pero la competencia estatal es sobre las “bases” y no sobre la “legislación básica”, de manera que, una vez definido lo básico, el Estado puede reservarse algunas competencias de carácter meramente ejecutivo, cuando el funcionamiento de los derechos lo imponga, o las limitaciones territoriales de las Comunidades Autónomas impidan la correcta atención de los problemas. Existen en cualquier caso especificaciones técnicas en materia de Sanidad muy difíciles de contener en normas y que aparezcan acomodadas mejor a las formas de actuación puramente ejecutivas. No es fácil determinar *a priori* cuáles deben ser tales cuestiones que forman parte de lo básico y que no se agotan en la actividad normativa del Estado. Depende también la elección en buena medida del modelo sanitario que se implante. Lo que importa subrayar ahora es que (...) siempre que la Constitución distribuye las competencias distinguiendo entre las bases y su desarrollo, está permitiendo al Estado que defina lo que es básico, de acuerdo con los criterios generales que ya hemos examinado también» (*Derecho Público de las Comunidades Autónomas*, cit., p. 567).

³⁰ Como ya se ha indicado, recogida en los Estatutos de Autonomía, pero no prevista expresamente en el artículo 149.1 CE. Así, por todos, el artículo 18.4, *in fine*, EV reserva al Estado «la alta inspección conducente al cumplimiento de las funciones y competencias contenidas en este artículo».

³¹ En la Sentencia 32/1983, cit., FJ 2.

caso a instar la actuación de los controles constitucionales establecidos en relación con las Comunidades Autónomas, pero no a sustituirlos, convirtiendo dicha alta inspección en un nuevo y autónomo mecanismo directo de control (Sentencia de 22 de febrero de 1982, especialmente en su fundamento séptimo)». Añadiendo, en otra ocasión, que la función atribuida a esta alta inspección «no comprende el ejercicio de competencia de inspección y control directo sobre la distribución y dispensación de medicamentos, sustituyendo la competencia ejecutiva directa de la Comunidad Autónoma»³².

Por su parte, la Ley General de Sanidad ha clarificado un tanto el panorama al dedicar un Capítulo, de artículo único, a esta competencia, donde textualmente se señala que «el Estado ejercerá la Alta Inspección como función de garantía y verificación del cumplimiento de las competencias estatales y de las Comunidades Autónomas en materia de sanidad, de acuerdo con lo establecido en la Constitución y en las leyes» (art. 43.1). A continuación recoge, diferenciados, hasta siete tipos de actuaciones encuadrables en esta función³³ y prevé, asimismo, las reacciones anudadas a la comprobación de incumplimientos por parte de las Comunidades Autónomas, que son la advertencia a través del Delegado del Gobierno y, caso de persistir, el requerimiento formal del Gobierno al órgano competente de la Comunidad Autónoma para que adopte las medidas precisas³⁴.

D) Vistas, entonces, las otras competencias estatales, podemos abordar ya la de *coordinación*³⁵. En primer lugar —y sin perjuicio de que los otros trabajos presentados en este número monográfico hayan aclarado la cuestión, pero dicho sea a los solos efectos de introducirlos en la *coordinación general sanitaria*, que es aquí el objeto específico—, puede señalarse que entre los autores había suficiente unanimidad para considerar que allí donde el artículo 149.1 CE reserva expresamente, además de las bases, una competencia de «coordinación», a ésta por fuerza había de otorgársele un contenido y, en consecuencia, la competencia estatal de coordinar algo suponía un *plus* o una facultad más y distinta³⁶. Sin embargo, las cosas empiezan a complicarse

³² Sentencia 54/1990, cit., FJ 3.

³³ Las recogidas en el artículo 43.2 LGS, subsumibles todas ellas en actuaciones de «supervisión», «evaluación» y «comprobación» o «verificación».

³⁴ Vid. el artículo 43.4 y 5 LGS; y sin perjuicio de que las decisiones se comuniquen siempre al máximo órgano autonómico responsable del Servicio de Salud (art. 43.6 LGS).

³⁵ Por cierto que la coordinación sanitaria, tomada en senso lato, tiene alguna tradición legislativa en España. Baste ahora con recordar la Ley de Coordinación Sanitaria republicana (de 11 de junio de 1934), para las Administraciones locales (*vid.*, al respecto, las consideraciones de MUÑOZ MACHADO, S., en *La Sanidad Pública en España*, cit., pp. 150 y ss.) o la Ley de Hospitales de 21 de julio de 1962 (*Vid.*, al respecto, SANZ BOIXAREU, P.: «La Ley de Hospitales como Ley de coordinación», en *DA*, núm. 105, 1966, pp. 11 y ss.).

³⁶ *Vid.*, por todos, GARCÍA DE ENTERRÍA, E., ahora en *Estudios sobre Autonomías Territoriales*, Civitas, Madrid, 1985, p. 345.

cuando se pretende concretar, precisar o determinar en qué consiste ese *plus* y qué alcance tiene tal competencia estatal³⁷. En este sentido, el punto noveno de los *Acuerdos Autonómicos* citados sería una reciente y expresiva ratificación de lo últimamente aseverado, por cuanto que presupone un contenido propio de la coordinación, pero éste queda crípticamente aludido³⁸.

Una de las primeras interpretaciones sobre el alcance de la «coordinación general de la Sanidad» del artículo 149.1.16 CE fue la de MUÑOZ MACHADO y que por su relevancia conviene reproducir ahora, aunque la cita resulte un poco extensa:

«La competencia sobre la coordinación es más fomal que sustantiva. En el sentido siguiente: no puede entenderse que su titular tenga atribuidas potestades para incidir o condicionar el ejercicio de las competencias autonómicas ni, a la inversa, que puede condicionarse al Estado en la elección de las opciones que son de su responsabilidad, sino que alude a la necesidad de que las competencias se desenvuelvan de una manera determinada, con un conocimiento previo de las necesidades, ajustando el ejercicio de las competencias por quien sea su titular hacia objetivos predeterminados elegidos después de contrastar los criterios de todos los entes responsables. La coordinación es así un método de actuación. Y el titular de la competencia, que es en este caso el Estado, debe emplearla para hacer partícipes a las Comunidades Autónomas de sus proyectos y objetivos y para recabar de las mismas información a efectos de formar sus decisiones, oírlas previamente. La coordinación, así entendida, es una directiva que afecta al ejercicio de la competencia pero no expansiona la competencia estatal ni un ápice más de lo que corresponde a la formulación de las bases, que es, en verdad, el título competencial sustantivo. Me parece que ésta es la interpretación que debe darse al artículo 149.1.16, y también, como estudiamos en los lugares correspondientes, cuando el concepto coordinación se emplea en otros apartados del mismo precepto (números 13 y 15),

³⁷ Muy gráficamente, GÓMEZ FERRER, R., en «Facultades correspondientes a las competencias de ejecución», en la obra colectiva *Las competencias de la Generalitat de Catalunya (Seminario celebrado en Barcelona el 23-25 de noviembre de 1988)*, IEA, Barcelona, 1989, p. 55, señala: «La coordinación se ha convertido en una especie de concepto mágico; todo el mundo habla de coordinación, pero no se precisa exactamente cuál es el contenido de la misma, y qué facultades tiene el ente que es titular de la competencia de coordinación».

³⁸ En efecto, este punto señala: «Cuando la Conferencia Sectorial afecta a materias donde entre las competencias estatales figure de forma explícita la coordinación, el alcance de los acuerdos de este órgano, al ejercitar esa atribución constitucional, no estará sujeto a los límites señalados en el punto anterior, sino que *será el que se derive del ejercicio de la correspondiente competencia*» (la limitación se refiere a la regla general de la unanimidad prevista para la adopción de acuerdos en las Conferencias Sectoriales y el subrayado está añadido).

lo que no significa que aquel concepto tenga siempre un sentido unívoco en toda la legislación, pues a veces se emplea habilitando limitaciones y controles (por ejemplo, la política de endeudamiento se coordina en la LOFCA recurriendo —entre otros procedimientos— a la exigencia de autorización estatal, art. 14).

La coordinación así concebida puede lograrse luego con arreglo a multitud de procedimientos. El Real Decreto de 27 de noviembre de 1981 que hemos citado repetidamente los concreta todos prácticamente en la creación de un Consejo de Coordinación y Planificación sanitaria, pero no necesariamente tiene que practicarse de manera tan concentrada. Las audiencias previas, la creación de entes comunes, los convenios y demás fórmulas cooperativas que hemos estudiado en el Capítulo III de este libro, pueden utilizarse a estos efectos.

De entre los mecanismos de coordinación el plan sanitario es un instrumento cuyo uso es imprescindible también en el sistema de autonomías. La amplitud de las necesidades de los grandes costos de establecimiento y funcionamiento de los servicios parecen exigirlo ineludiblemente. Utilizado como mecanismo de coordinación debe dejar a salvo el ejercicio de las competencias autonómicas, pero señaladamente debe concentrarse su empleo en la evaluación de las necesidades (en este punto la formación de un mapa sanitario nacional continuamente puesto al día, sigue siendo un punto de partida básico), la fijación de los niveles mínimos prestacionales de los diferentes establecimientos, la localización geográfica de los servicios y la financiación general de los proyectos. La componente financiera del plan es, por tanto, esencial, pero no el único aspecto que debe contemplar. Respecto de sus objetivos hay algunos que pertenecen a la exclusiva responsabilidad del Estado (en cuanto se refieran a elementos básicos de la organización del sistema) y otros que quedan dentro de la competencia exclusiva autonómica (por ejemplo, la específica localización geográfica de cada establecimiento); el plan, sin embargo, debe integrarlas todas. Para ello debe formarse a partir de los proyectos parciales que suministren las Comunidades Autónomas. Estos proyectos vincularían a las Comunidades proponentes (de acuerdo con los principios que ya hemos expuesto al estudiar la planificación económica) y no podrían ser alterados por el Estado, al incluirlos en el plan general, en aquella parte de los mismos que incluyeran decisiones de la exclusiva responsabilidad de las Comunidades Autónomas. Estas decisiones podrán jerarquizarse al compararlas con otras más perentorias de otros territorios, o posponerse, pero no sustituirse por otras.

Las fórmulas para la formación de un plan sanitario general y su aplicación pueden ser también otras muchas, pero los principios de coordinación y de respeto a la distribución de competencias son siempre las constantes»³⁹.

Se aprecia, entonces, en el texto recogido, que el autor sostiene más bien un concepto *formal* de coordinación⁴⁰.

El propio Tribunal Constitucional también tuvo que hacer en 1983 una inicial aproximación al contenido de la coordinación general sanitaria como competencia estatal, indicando entonces⁴¹: «La coordinación persigue la integración de la diversidad de las partes o subsistemas en el conjunto o sistema, evitando contradicciones y reduciendo disfunciones que, de subsistir, impedirían o dificultarían respectivamente la realidad misma del sistema. En este sentido hay que entender la competencia estatal de coordinación general, a propósito de la cual conviene señalar las siguientes precisiones: *a*) aunque constituye un reforzamiento o complemento de la noción de bases, es una competencia distinta la de fijación de las bases, como se desprende del hecho de que en el artículo 149.1 no siempre que se habla de bases se habla también de coordinación general, si bien ésta, cuando se incluye, aparece salvo en una ocasión (146.1.15), unida a la competencia sobre las bases (art. 149.1.13 y 149.1.16); *b*) la competencia de coordinación general presupone lógicamente que hay algo que debe ser coordinado, esto es, presupone la existencia de competencias de las Comunidades en materia de sanidad, competencias que el Estado, al coordinarlas, debe obviamente respetar, pues nunca ni la fijación de bases ni la coordinación general deben llegar a tal grado de desarrollo que dejen vacías de contenido las correspondientes competencias de las Comunidades; *c*) la competencia estatal de coordinación general significa no sólo que hay que coordinar las partes o subsistemas (esto es, las competencias comunitarias) del sistema general de sanidad, sino que esa coordinación le corresponde hacerla al Estado; *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

³⁹ *Derecho Público de las Comunidades Autónomas*, cit., pp. 573 y 574. *Vid.*, asimismo, lo que dice al respecto en el «Prólogo» al libro de MANSILLA: *La coordinación general sanitaria*, cit., pp. 11 y 12.

⁴⁰ A diferencia de algunos otros autores, que sostendrían un concepto *material* (o poder *sustantivo*) de coordinación. Para profundizar en la diferencia, valga la remisión al trabajo de ALBERTI, E.: «Las relaciones de colaboración entre el Estado y las Comunidades Autónomas», en *REDC*, núm. 14, 1988, especialmente pp. 144 y ss.

⁴¹ Sentencia 32/1983, cit., FJ 2.

sus respectivas competencias de tal modo que se logre la integración de actos parciales en la globalidad del sistema sanitario»⁴².

Al hilo de este pronunciamiento ALBERTI ha señalado, acertadamente, que el Tribunal Constitucional «parece establecer el carácter obligatorio de la coordinación en los sectores en que se halla constitucionalmente prevista y atribuida al Estado, en el sentido de que las competencias afectadas *sólo* pueden ser ejercidas bajo tal régimen de coordinación, lo que llevaría a admitir ciertos poderes sustanciales del Estado cuando en el procedimiento de coordinación no sea posible llegar a un acuerdo. En esta doctrina, sin embargo, resulta claro que la coordinación no constituye una norma competencial que permita una redistribución de los poderes sustantivos de las partes, una norma que habilite ordinariamente la expansión de la competencia material del Estado, invadiendo sin límite el ámbito de los poderes atribuidos a las Comunidades Autónomas. Dicha expansión, en la doctrina del Tribunal Constitucional, sólo podrá tener como objeto el establecimiento de una homogeneidad técnica y la obligación de una acción conjunta, y sólo podrá producirse en el supuesto de que tales objetivos no se consigan a través del acuerdo voluntario de las partes, acuerdo voluntario que se presenta como el resultado normal y ordinario del procedimiento de coordinación»⁴³.

⁴² Sobre esta Sentencia, DE OTTO, I., en «Ejecución de la legislación del Estado por las Comunidades Autónomas y su control», en la obra colectiva *Estudios sobre la Constitución Española. (Homenaje al Profesor Eduardo García de Enterría)*, Civitas, Madrid, 1991, vol. IV, pp. 3386 y 3387, dijo:

«La sentencia reposa bien claramente sobre la idea de que la coordinación incluye también ciertas facultades ejecutivas —las vinculadas al Registro— y no sólo de desarrollo de contactos y la creación de órganos pertinentes. La coordinación, por tanto, incluye también potestades para imponer deberes a las Comunidades Autónomas y, en definitiva, para compartir con ellas la actividad calificable como ejecutiva.

Cabría hablar, en consecuencia, de un doble sentido de la actividad de coordinación.

En primer lugar, de la coordinación como directriz de las fórmulas de relación entre las Comunidades Autónomas y el Estado, en las cuales aquéllas no están sujetas a más deber que el de mantener la relación misma sin que los órganos en que, en su caso, se institucionalicen tengan facultades decisorias ni poder alguno sobre las Comunidades Autónomas. La coordinación implica aquí tan sólo un fin, pero no conlleva potestades distintas de las que tiene el Estado para asegurar la cooperación de las Administraciones públicas. La facultad de coordinación no sería otra cosa que la puramente instrumental de crear mecanismos —“medios y relaciones”—, dice la sentencia, aptos para perseguir la integración de las partes del sistema, aunque sin poderes concretos de disposición.

En un segundo sentido, la potestad de coordinación implica algo más, la posibilidad de imponer deberes, esto es, de condicionar o limitar el ejercicio de la potestad ejecutiva, sea tras el establecimiento de aquellos mecanismos de relación, sea al margen de los mismos cuando así lo requiera la índole del asunto. De lo segundo es buen ejemplo el propio Registro Sanitario indicado. De lo primero, el mecanismo previsto en el proyecto de Ley General Sanitaria, en virtud del cual la incorporación de los planes de salud de las Comunidades Autónomas al Plan integrado de Salud será condición indispensable para que puedan recibir asignaciones de fondos presupuestarios del Estado con destino a proyectos sanitarios.»

⁴³ «Las relaciones de colaboración...», *cit.*, p. 146.

Con posterioridad a la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad, el Tribunal Constitucional también ha vuelto, más o menos incidentalmente, a abordar la cuestión de la coordinación en el campo específico de la materia sanitaria y lo ha hecho: *a)* exigiendo para las normas coordinadoras los mismos requisitos de precisión y seguridad —ya conocidos— que se exigen para las normas básicas (a partir del punto de inflexión jurisprudencial de la primavera de 1988)⁴⁴; *b)* reiterando que la coordinación presupone la existencia de competencias autonómicas cuando menos de ejecución y que, si éstas se llegan a hacer desaparecer, la propia coordinación carece de sentido (por lo que ésta «no puede amparar el vaciamiento de las competencias ejecutivas de las Comunidades Autónomas»)⁴⁵; *c)* utilizando la coordinación, indiferenciadamente con la competencia sobre las bases, para justificar previsiones en los presupuestos estatales sobre concretas actuaciones sanitarias⁴⁶.

Como conclusión, resulta importante destacar que, del elenco de competencias estatales en materia sanitaria recogido en el bloque de la constitucionalidad, la coordinación no puede considerarse separadamente de las restantes, sino por el contrario, formando un conjunto con las bases y la alta inspección, como un mecanismo de retroalimentación del sistema, que permite ir corrigiendo sobre la marcha las disfuncionalidades que se detecten; que presupone (importantísimas) competencias autonómicas en la materia pero que, dándolas por supuestas y respetándolas, está orientado a la previsión de continuos ajustes según las necesidades. Ahora bien, la pregunta que inmediatamente surge es ¿cuáles son los medios para ello?; o, dicho de otra manera, ¿cómo va a funcionar ese mecanismo que, a la vez, permita corregir disfuncionalidades sin invadir lo propio de la actuación autonómica? La Ley General de Sanidad, como a continuación veremos, ha concretado el mecanismo coordinador en el momento de elaborar planes, programas y presupuestos⁴⁷, de tal manera que presupone (y se apoya en) otras técnicas imprescindibles⁴⁸ —desde la «cooperación», inherente al

⁴⁴ En la Sentencia 182/1988, cit., FJ 5, *in fine*. *Vid.*, asimismo, la 192/1990, cit., FJ 4.

⁴⁵ Sentencia 54/1990, cit., FJ 3.

⁴⁶ En la Sentencia 13/1992, cit., FJ 12.A y 13.J.

⁴⁷ Lo que en parte (pero sólo en parte) resulta coincidente con lo previsto en la Ley italiana del Servicio Sanitario Nacional (1978); *vid.* los comentarios de L. VANDELLI a los artículos 3 y 53 a 57 en la obra colectiva dirigida por ROVERSI-MONACO: *Il Servizio Sanitario Nazionale*, Giuffrè, Milán, 1979; la contribución de S. PADERNI: «Programazione sanitaria» a la obra colectiva dirigida por G. DE CESARE *Dizionario di Diritto sanitario*, Giuffrè, Milán, 1984, pp. 461 y ss.; asimismo, de PEMÁN GAVÍN, J.: «La reforma sanitaria en Italia», en *RAP*, núm. 106, 1985, especialmente pp. 346 y ss.; y más recientemente, FALCITELLI, N.: «La coordinación sanitaria en Italia», en la obra colectiva *Jornadas sobre Coordinación General Sanitaria*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1989, pp. 118 y ss.

⁴⁸ De tal forma que la coordinación, por sí sola, difícilmente se puede «imponer» puesto que, en hipótesis extrema, podría quedar enervada con una actividad más o menos abiertamente obstruccionista por parte de las Comunidades Autónomas.

sistema autonómico entero, hasta el establecimiento de las bases y el ejercicio de la alta inspección, por parte del Estado, y el desarrollo y ejecución por parte de las Comunidades Autónomas—, conformando un conjunto de técnicas *teóricamente* suficientes no tanto para que el sistema sanitario funcione «perfectamente», cuanto para que pueda ir «corrigiendo» sus defectos y «adaptándose» a las cambiantes necesidades, de tal manera que la prestación sanitaria del sistema resulte eficaz y mínimamente homogénea, permitiendo, asimismo, extender las iniciativas que en algunos lugares se hayan verificado como positivas y prever defectos de funcionamiento que en otros se hayan detectado ya.

Ahora bien, una coordinación así concebida no puede olvidarse que normalmente supondrá un inevitable retraso en la adopción de medidas ⁴⁹.

III. LA COORDINACION SANITARIA EN LA LEY GENERAL DE SANIDAD

La Ley General de Sanidad (1986) dedica el Capítulo IV, de su Título III («De la estructura del sistema sanitario público»), precisamente a la «coordinación general sanitaria» (arts. 70 a 77), aunque —como de inmediato se advertirá— no es éste el único *locus* de la actividad coordinadora en tan importante Ley ⁵⁰.

Expresamente se señala por el legislador que la Coordinación General Sanitaria incluirá:

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

⁴⁹ Seguramente algo de esto se trasluce de las autorizadas palabras de GARCÍA VARGAS, en la primavera de 1988, recogidas en «La competencia de la Administración Central en materia de Coordinación Sanitaria», en la obra colectiva *Jornadas sobre Coordinación General Sanitaria*, cit., p. 59, cuando, refiriéndose a la práctica del momento, señaló: «Debo hacer constar que a lo largo de estos dos últimos años, la convergencia de todos en esta necesaria coordinación ha sido palpable aun a costa de un desarrollo de la Ley General de Sanidad más lento de lo previsto en su texto, dando tiempo a la materialización de criterios comunes en estas materias».

⁵⁰ A la coordinación en esta Ley ha dedicado también su atención PEMÁN GAVÍN, en su *Derecho a la salud y Administración sanitaria*. Publicaciones del Real Colegio de España, Bolonia, 1989, pp. 218 y ss.

d) El establecimiento con carácter general de criterios mínimos básicos y comunes de evaluación de la eficacia y rendimiento de los programas, centros y servicios sanitarios» (art. 70.2 LGS).

El mecanismo previsto para ello es que «el Gobierno elaborará los criterios generales de coordinación sanitaria de acuerdo con las previsiones que le sean suministradas por las Comunidades Autónomas y el asesoramiento y la colaboración de los sindicatos y organizaciones empresariales» (art. 70.3 LGS). Y, por último, se indica que «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» (art. 73.1 LGS).

La idea que subyace al tipo de coordinación recogido en la Ley General de Sanidad es la que MUÑOZ MACHADO había avanzado antes (y que ya ha quedado recogida en el apartado anterior). En este sentido, MANSILLA ha señalado que se optó por una coordinación entre iguales», como contradistinta tanto de una coordinación ligada a la idea de jerarquía como de una coordinación ejercida desde la supremacía⁵¹; opción que llevará a concretar la función de coordinación a través, principalmente, de dos técnicas: la organizativa y la planificadora, y que, aunque interconexiónadas, se tratarán a continuación separadamente.

A) *Organos de coordinación en la Ley General de Sanidad.*—De una manera muy expresiva —aunque quizás en exceso optimista— señala MANSILLA la intencionalidad de esta solución organizativa: «En la medida en que la coordinación va a exigir una limitación de la libertad de decisión de cada uno, a efectos del logro de la coherencia entre las distintas actuaciones, la solución reside en la constitución de un órgano colegiado, de un “colegio”, integrado con todos los que han de coordinarse. Es este colegio, es decir, todos los sujetos que han de coordinarse, quien adopta las decisiones que supongan el ejercicio de la función coordinadora. De este modo, toda la hipótesis de supremacía o jerarquía de unos sobre otros queda neutralizada, puesto que el órgano compuesto por todos es el que adoptará las decisiones que habrán de acatarse por cada uno de sus componentes. En tal caso, la coordinación será entre iguales, es fruto de una voluntad común en todos ellos y se asume por los propios sujetos que han de tener actuaciones coordinadas»⁵².

⁵¹ Vid. su *Coordinación General Sanitaria*, cit., pp. 87 y ss.

⁵² *Ibidem*, pp. 92 y 93.

Así, los dos principales órganos de coordinación sanitaria entre el Estado y las Comunidades Autónomas serán, por un lado, las Comisiones creadas a través de convenios y pactos y, por otro lado, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Aunque también hay que señalar que con estos órganos no se agotan las posibilidades de coordinación orgánica sino que, actuaciones concretas requieren en ocasiones la creación de órganos *ad hoc* (como, por ejemplo, ha sucedido con el seguimiento de la reforma psiquiátrica, con los planes contra el SIDA o la droga, etc.)⁵³.

Las *Comisiones* Estado-Comunidades Autónomas están previstas, genéricamente, como posibilidad en el artículo 48 LGS⁵⁴ y, específicamente, para dos casos concretos en la disposición transitoria, tres⁵⁵, y en la disposición adicional sexta, dos⁵⁶. Sobre su positiva valoración la unanimidad parece imponerse y no sólo en el plano de la teoría, sino a la vista de las concretas realidades ya materializadas⁵⁷.

Por su parte, el *Consejo Interterritorial* merece atención destacada⁵⁸. Se crea en la Ley General de Sanidad y queda configurado como

⁵³ *Vid.*, en este sentido, MANSILLA, P.: *ibidem*, p. 108.

⁵⁴ «El Estado y las Comunidades Autónomas podrán constituir comisiones y comités técnicos, celebrar convenios y elaborar los programas en común que se requieran para la mayor eficacia y rentabilidad de los Servicios Sanitarios.»

⁵⁵ «En los casos en que las Comunidades Autónomas no cuenten con competencias suficientes en materia de Sanidad para adaptar plenamente el funcionamiento de sus Servicios de Salud a lo establecido en la presente Ley, el Estado celebrará con aquéllas acuerdos y convenios para la implantación paulatina de lo establecido en la misma y para conseguir un funcionamiento integrado de los servicios sanitarios.»

⁵⁶ Para las Comunidades Autónomas que no han asumido las prestaciones del INSALUD y a la que ya se ha aludido *supra* (nota 19).

⁵⁷ Así, *vid.* la opinión de MANSILLA, P., en *Coordinación General Sanitaria*, cit., pp. 106 y ss.; o la del, a la sazón, Ministro del ramo, GARCÍA VARGAS, J.: *op. cit.*, pp. 60 y ss.

⁵⁸ Sobre su funcionalidad MANSILLA, P., *ibidem*, pp. 93 y 94, ha dicho:

«El medio instrumental creado por el legislador, adopta la forma y denominación de Consejo (Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud), dando continuidad a una ya larga tradición en la Sanidad, pero separándose de ésta en el sentido de que el Consejo no va a ser, ahora, un mero órgano consultivo. En definitiva, para el logro de una adecuada coordinación —meta última de sus cometidos— se ha utilizado la técnica colegial, mediante la cual se consigue el nacimiento de una voluntad decantada, previa deliberación entre una pluralidad de sujetos o personas.

La técnica o sistema colegial responde, ante todo, a la búsqueda de la eficacia mediante la colaboración de una pluralidad de sujetos en el seno de un órgano, cuya voluntad es producto de la suma de aquella pluralidad de voluntades individuales; voluntad que, por otra parte, debe ser acatada por los miembros que lo componen. Permite que la coordinación resultante sea fruto del trabajo positivo de una pluralidad de Administraciones u Organizaciones que tienen competencia en materia de sanidad. La voluntad del órgano coordinador se hace coherente, al ser voluntad común y aceptada por sus miembros.

Frente a un sistema totalmente centralizador, como el que existía anteriormente en materia de sanidad pública, ahora, a través del Consejo, se sitúa la cúspide del sistema sanitario nacional en un órgano de composición plural por medio del cual se busca, y puede encontrarse, una voluntad común, procedente de las propias voluntades de coordinarse.»

«el órgano permanente de comunicación e información de los distintos Servicios de Salud, entre ellos y con la Administración estatal, y coordinará, entre otros aspectos, las líneas básicas de la política de adquisiciones, contrataciones de productos farmacéuticos, sanitarios y de otros bienes y servicios, así como los principios básicos de la política de personal» (arts. 47.2). Además, este órgano «ejercerá también las funciones en materia de planificación que esta Ley le atribuye» —aspecto planificador al que se hará referencia en el apartado siguiente—, así como las que «le puedan ser confiadas para la debida coordinación de los servicios sanitarios» (art. 47.3). Todas estas *funciones* del Consejo Interterritorial⁵⁹ —que han sido detalladas más pormenorizadamente en su Reglamento de Régimen Interior⁶⁰, concretamente en su art. 7⁶¹— lo configuran como un órgano clave en el funcionamiento

⁵⁹ Que a LLEVADOT I ROIG, R.: «Sanidad e Higiene», en la obra colectiva *Comentarios sobre el Estatuto de Autonomía de Cataluña*. Institut d'Estudis Autònomic. Barcelona, 1990, vol. II, p. 726, le mueven a opinar que este Consejo «tendría que concebirse y tendría que funcionar —en su ámbito particular de acción— como una Institución parecida a las Conferencias Sectoriales de los Consejeros de las Comunidades Autónomas y del Ministerio del ramo (...), es decir, el Consejo Interterritorial no ha de substituir a los Organos propios de las Comunidades Autónomas y sus decisiones no pueden anular las facultades decisorias de éstas, y se ha de configurar como un órgano de encuentro para el examen de los problemas comunes y para la decisión de las oportunas líneas de acción».

⁶⁰ Que, según la disposición final séptima LGS, debía aprobarse por el propio Consejo —lo que así se hizo en su sesión constitutiva— y comunicarse a las Administraciones representadas en su seno.

⁶¹ Que dispone las funciones siguientes:

a) Servir de cauce de colaboración, comunicación e información permanente entre los distintos Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y entre éstos y la Administración del Estado.

b) Emitir su parecer sobre los criterios y medidas de Coordinación General Sanitaria, con anterioridad a su aprobación.

c) Coordinar las líneas básicas de la política de adquisiciones, contrataciones de productos farmacéuticos, sanitarios y de otros bienes y servicios.

d) Coordinar, asimismo, los principios básicos de la política de personal.

e) Determinar las bases para obtener la mayor eficacia y rentabilidad del Sistema Nacional de Salud, sin perjuicio de las competencias de las Comunidades Autónomas.

f) Proponer y elaborar programas sanitarios y proyectar acciones, especialmente en lo que se refiere a la prevención y promoción de la salud, que impliquen a todas las Comunidades Autónomas, sin perjuicio de sus respectivas competencias.

g) Conocer y, en su caso, formular las observaciones y recomendaciones que estime pertinentes al Plan Integrado de Salud.

h) Deliberar sobre los planes de salud conjuntos que, por estar implicadas algunas o todas las Comunidades Autónomas, se formulen en el seno del Consejo. Asimismo, se conocerán a través de éste las modificaciones de los planes de salud aprobados. Anualmente valorará el grado de ejecución de los planes de salud estatales y autonómicos.

i) Informar sobre los criterios de distribución de las subvenciones económicas u otros beneficios o ayudas con cargo a fondos públicos para la realización de actividades sanitarias calificadas de alto interés social, previa consideración de los criterios para definir éstas en cada caso.

j) Definir líneas básicas de investigación científica en el campo específico de los problemas de salud en función de la política nacional sanitaria, de acuerdo con los artículos 106 y siguientes de la Ley General de Sanidad.

del Sistema Nacional de Salud⁶², que está destinado a ser el nódulo coordinador por excelencia⁶³.

En cuanto a la *composición* del Consejo Interterritorial, la Ley General de Sanidad establece que «estará integrado por un representante de cada una de las Comunidades Autónomas y por igual número de miembros de la Administración del Estado» (art. 47.1) y presidido por el Ministro de Sanidad y Consumo (art. 47.4)⁶⁴, lo que nos lleva a un órgano compuesto por treinta y cuatro altos cargos⁶⁵.

k) Conocer y realizar propuestas sobre las actuaciones del Instituto de Salud "Carlos III", como órgano de asesoramiento científico-técnico de todas las Administraciones sanitarias.

l) Participar en la designación de unidades asistenciales de referencia nacional.

ll) Colaborar en la formalización de acuerdos y convenios entre las distintas Administraciones sanitarias para conseguir objetivos en común de interés supracomunitario.

m) Informar y conocer sobre las relaciones y acuerdos sanitarios internacionales por medio de los cuales España colabore con otros países y Organismos Internacionales en las materias a que se refiere el artículo 39 de la Ley General de Sanidad.

n) Aprobar la Memoria anual de las actividades del Consejo.

ñ) En general, cuantas funciones, en materia de coordinación, se deriven de lo previsto en la Ley General de Sanidad que puedan serle confiadas.»

⁶² Vid. en este sentido las afirmaciones de MANSILLA, P., en *Coordinación General Sanitaria*, cit., p. 101: «Vemos, pues, que las funciones asignadas, aparte de cubrir el amplio espectro del campo sanitario, son de trascendental importancia para el buen funcionamiento del sistema sanitario nacional, al comprender tanto aspectos de planificación sanitaria, como de investigación y de coordinación de las líneas básicas de las diferentes políticas (adjudicaciones, personal, etc.), y los relativos al establecimiento de las directrices básicas para la calidad y eficacia de dicho sistema, sin olvidar, por supuesto, los de contenido económico.»

Recuérdese, también, lo recogido *supra* (nota 7) con respecto a la mención que en los *Acuerdos Autonómicos* se hace a este Consejo Interterritorial.

Finalmente, en el conocido como *Informe Abril (Informe y Recomendaciones)* hecho público el verano de 1991, por la «Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud», presidida por F. ABRIL MARTORELL, se señala que «en la medida en que se complete el proceso de descentralización del Servicio Nacional de la Salud, con la puesta en marcha de los Servicios Regionales de Salud en todas las Comunidades Autónomas, va a cobrar una importancia decisiva el establecimiento de una "Dirección Estratégica de Política de Salud" para el conjunto del Sistema. Y ello requiere, a su vez, la potenciación de las funciones del Consejo Interterritorial, así como la ampliación de sus contenidos de coordinación y comunicación»; insistiéndose en el apartado dedicado a las *Recomendaciones* que «deberían potenciarse las funciones del Consejo Interterritorial, así como la ampliación de sus cometidos, por cuanto la práctica de los aspectos de autoridad sanitaria y la ejecución de los presupuestos de la asistencia requiere un funcionamiento armónico del conjunto del Estado».

⁶³ Ya que, si bien en estrictos términos jurídicos, es preceptiva su actuación en los casos citados *expressis verbis* en los apartados 2 y 3 del artículo 47 LGS, también es cierto que allí se habla de «coordinación, *entre otros aspectos*», por lo que parece lógico que la competencia estatal de coordinación se vehicule a través de este órgano (*vid.*, en el mismo sentido, MANSILLA, P.: *Coordinación General Sanitaria*, cit., p. 103).

⁶⁴ La figura del Vicepresidente —que ha de ser uno de los representantes autonómicos, elegido por éstos— se introdujo en el Reglamento de Régimen Interior, así como la del Secretario del Consejo —que recaerá en el titular de la Dirección General de Alta Inspección y Relaciones Institucionales del Ministerio de Sanidad y Consumo (y sobre cuyas funciones de coordinación según la más reciente remodelación ministerial, puede verse el artículo 5 del Real Decreto 858/1992, de 10 de julio, por el que se determina la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo)—.

⁶⁵ Los representantes de las Comunidades Autónomas son los máximos responsables de la Sanidad en su ámbito y los representantes del Estado, según Acuerdo del Consejo de Ministros

Finalmente, se aprovecha también este órgano para establecer un *plus* de participación, puesto que la propia Ley prevé la creación de un «Comité Consultivo vinculado con el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud al que se refieren los apartados anteriores, integrado por el mismo número de representantes de las organizaciones empresariales y sindicales más representativas y por los de aquellas asociaciones de consumidores y usuarios que a tal objeto proponga el Consejo de Consumidores y Usuarios y, paritariamente con todos los anteriores, por representantes de las Administraciones Públicas presentes en el Consejo Interterritorial, designados por éste» (art. 47.5 LGS) ⁶⁶. Esta previsión legal ha sido desarrollada por el Real Decreto 1515/1992, de 11 de diciembre, por el que se regula la composición y funciones de este Comité Consultivo del Sistema Nacional de Salud, encomendándosele «funciones de asesoramiento y colaboración, en orden a la formulación de una política sanitaria del Sistema Nacional de Salud y del control de su ejecución» (art. 4.1).

A la vista de esto cabe hacer una consideración sobre este Consejo Interterritorial y es que no debe perderse de vista que estamos ante un órgano que puede presentar algunas dificultades en su funcionamiento. Así, en primer lugar, y como es evidente, una tan magna reunión de destacados cargos políticos, para que sea realmente operativa, por un lado, tiene que dedicarse al establecimiento de las grandes líneas a seguir (no puede entretenerse —y «quemar» el órgano— con nimiedades o cuestiones sin relevancia) y, por otro lado, exige una labor previa imprescindible de los técnicos bajo su responsabilidad para que los temas lleguen «maduros», pensados en todos sus extremos y consecuencias y alejados de imprevisiones que hagan, a la postre, inviable las resoluciones que se adopten.

Pero, además de esta obviedad, no puede olvidarse que en un órgano así configurado, que no tiene un funcionamiento seguido o continuo —sino, por el contrario, de tipo intermitente (lo que no es contradictorio con su caracterización *ex lege* de «permanente»)—, su eficaz actuación y su efectiva adopción de resoluciones llamadas a plasmarse posteriormente en realidades queda en manos, normalmente, de quien lo convoca; de tal suerte que resulta siempre decisiva la «voluntad» de su Presidente para que realmente funcione ⁶⁷. Así, el hecho mismo de reunirse, su periodicidad o «calendario», la inclusión de temas adecuados en el correspondiente orden del día e incluso la propia

de 3 de abril de 1987, serán, además del Ministro, otros dieciséis miembros, todos ellos con categoría al menos de Director General (lo detalla más, con el privilegiado conocimiento de todo ello que ha tenido, MANSILLA, P., en *Coordinación General Sanitaria*, cit., pp. 98 y 99).

⁶⁶ *Vid.*, al respecto, las consideraciones de MANSILLA, P.: *ibidem*, p. 105.

⁶⁷ Voluntad del Ministro que, se insiste, es condición absolutamente necesaria, aunque no suficiente.

toma de decisiones concretas, en muy buena parte quedan en manos de quien lo dirige o preside. Ahora bien, también conviene no perder la perspectiva y saber que no puede esperarse, de un órgano de estas características, la agilidad de un órgano propiamente ejecutivo. En este sentido, para su correcto funcionamiento es necesaria una voluntad constante y mantenida, con conciencia clara de sus intrínsecas limitaciones y sin caer en la tentación de conseguir los objetivos deseados por la vía más expeditiva de utilizar otros títulos competenciales de que goza el Estado; o, por el contrario, intentar utilizar la «legitimación» de un órgano de estas características para «colar» como coordinación actuaciones poco respetuosas con las competencias de las Comunidades Autónomas⁶⁸.

Desde la otra óptica, en fin, también hay que señalar claramente que un órgano así diseñado puede quedar «bloqueado» si una parte significativa de la representación autonómica no tiene interés (o lo tiene contrario) —por las razones que fueran— en su funcionamiento.

En definitiva, lo que quiere decirse es que el aspecto organizativo de una tal «equicoordinación» (y, recuérdese que así se ha querido expresamente que sea, para respetar en lo debido el reparto competencial en la materia) resulta siempre delicado, muchas veces poco «llamativo» y en ocasiones con frutos a percibir no antes de medio plazo, por tratarse, precisamente, de un delicado mecanismo a funcionar en equilibrios múltiples.

B) *La planificación sanitaria en la Ley General de Sanidad.*—Este es el otro mecanismo previsto por el legislador y que, a diferencia del anterior, sí se halla regulado en el Capítulo que se intitula «De la coordinación general sanitaria». A los efectos que ahora interesan bastará con señalar los siguientes extremos: a) que la Ley prevé con carácter general que tanto el Estado como las Comunidades Autónomas, «en el ámbito de sus respectivas competencias», aprobarán *planes de salud*⁶⁹; b) en cuanto a la coordinación, el Gobierno elabora los criterios conforme a los datos suministrados por las Comunidades Autónomas, como se ha indicado antes⁷⁰, y, a su vez, estos *criterios de coordinación* se remiten a las Comunidades Autónomas para que sean tenidos en cuenta por éstas en la formulación de sus planes de salud y

⁶⁸ Recuérdese la insistencia, anteriormente recogida, del propio Tribunal Constitucional en advertir que la competencia estatal de coordinación no puede «arrollar» las competencias autonómicas.

Que este último peligro no es únicamente hipotético lo corrobora la aportación de LLEVA-DOT I ROIG, R.: «Autonomía y Coordinación en materia Sanitaria: la aportación de la legislación autonómica», en la obra colectiva *Jornadas sobre Coordinación General Sanitaria*, cit., p. 148.

⁶⁹ En los que se preverán las inversiones y acciones sanitarias a desarrollar anual o plurianualmente (art. 70.1 LGS).

⁷⁰ Según el artículo 70.3 LGS, recogido *supra* en el texto.

de sus presupuestos anuales (art. 70.4 LGS)⁷¹; c) el Estado y las Comunidades Autónomas pueden establecer *planes conjuntos de salud*⁷², y d) se prevé, asimismo, la elaboración de un *Plan Integrado de Salud*, el cual —habida cuenta de los criterios de coordinación general elaborados por el Gobierno— recogerá en un documento único los planes estatales, los planes de las Comunidades Autónomas y los planes conjuntos (art. 74.1 LGS)⁷³.

A este respecto se debe indicar que los plazos previstos en la Ley General de Sanidad para el desarrollo de la actividad planificadora⁷⁴ han quedado claramente desbordados, estableciéndose otros nuevos en la normativa de desarrollo⁷⁵.

Finalmente, pese a que sólo se ha hecho aquí una esquemática referencia al mecanismo planificador, debe advertirse que el mismo no es, ciertamente, sencillo; su articulación, al componerse de muchas piezas, no es fácil que funcione de una manera ágil; y llega, por otra parte, en un momento en el que se está un tanto de vuelta del mito de la planificación total (aunque también es cierto que no es ésta la óptica en la que se sitúa la Ley, sino, mucho más realistamente, parece que lo previsto sería, más bien, un «mosaico» de planes de diverso alcance). No obstante, también es cierto que, hoy por hoy, la coordinación sanitaria sigue pasando por alguna suerte de planificación conjunta (de algunas partes y, si fuera posible, de todas).

⁷¹ Lo que gráficamente PEMÁN GAVÍN, J., en *Derecho a la salud y Administración sanitaria*, cit., p. 221, en nota, ha denominado, con expresión que ha hecho fortuna en otro ámbito, fases «ascendente» y «descendente», respectivamente.

⁷² Que, cuando impliquen a todas las Comunidades Autónomas, se formularán en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema de Salud (art. 71.1 LGS).

⁷³ Previsión desarrollada más pormenorizadamente por el Gobierno —al amparo de la remisión normativa realizada en la disposición adicional novena LGS— en el Real Decreto 938/1989, de 21 de julio, sobre procedimiento y plazos para la formación de los planes integrados de salud, que se dicta, precisamente (según su disposición adicional), en aplicación del artículo 149.1.16 CE, a efectos de coordinación general sanitaria.

Sobre este Plan Integrado de Salud, MORELL OCAÑA, L., en «Problemas actuales de la organización administrativa a los efectos de la Coordinación Sanitaria de España», en la obra colectiva *Jornadas sobre Coordinación General Sanitaria*, cit., p. 163, ha dicho que «parece destinado, por consiguiente, a tener un relieve propiamente político, más que jurídico», aunque este autor parte —no parece que con acierto, a la vista de los apartados 3 y 4 del art. 70 LGS y del propio Real Decreto recién citado— de que los criterios de coordinación los aprueba el Parlamento.

⁷⁴ Vid. su disposición adicional novena.

⁷⁵ Vid. los artículos 2 a 6 del Real Decreto 938/1989, citado.