

COOPERACIÓN Y COORDINACIÓN SANITARIA EN EL ESTADO AUTONÓMICO: UNA EVALUACIÓN CRÍTICA

EVA SÁENZ ROYO

Profesora Titular de Derecho Constitucional
Universidad de Zaragoza

SUMARIO. I. INTRODUCCIÓN.– II. LAS RELACIONES DE COOPERACIÓN EN EL ESTADO AUTONÓMICO: 1. Los mecanismos de cooperación en el Estado Autonomico: el protagonismo de las Conferencias Sectoriales. 2. Las funciones de la cooperación en el Estado Autonomico.– III. LA SANIDAD COMO MATERIA COMPARTIDA ENTRE EL ESTADO Y LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y EL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (CISNS) COMO PRINCIPAL ÓRGANO DE COOPERACIÓN: 1. La competencia básica estatal y el desarrollo y gestión autonómica en materia sanitaria: la creación del Sistema Nacional de Salud y el papel informativo del CISNS. 2. La competencia del Estado de «coordinación sanitaria»: competencia sustantiva ejercida a través del CISNS.– IV. EVALUACIÓN DE LA COOPERACIÓN Y COORDINACIÓN SANITARIA EN LA EVOLUCIÓN DEL ESTADO AUTONÓMICO: 1. La cooperación sanitaria en el período 1986-2019. 2. La cooperación y coordinación sanitaria durante la pandemia: A) La primera fase del estado de alarma: el papel informativo y de reparto de fondos del CISNS y la evolución en la participación de las Comunidades Autónomas. B) La coordinación del Estado a través del CISNS durante la no vigencia del estado de alarma (del 21 de junio al 25 de octubre de 2020). C) La cooperación y coordinación sanitaria en la segunda fase del estado de alarma. D) La cooperación y coordinación sanitaria finalizado el segundo estado de alarma. E) La cooperación como instrumento del poder de gasto estatal durante la pandemia.– V. CONSIDERACIONES FINALES.– VI. BIBLIOGRAFÍA.

RESUMEN: La Constitución española de 1978 estableció que la asistencia sanitaria fuera una materia compartida entre el Estado y las Comunidades Autónomas y así se dio comienzo a una descentralización de la gestión sanitaria que se prolongaría durante más de veinte años. Este modelo diseñado constitucionalmente y concretado primero con Ley General de Sanidad y luego con la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud se basa en la existencia de un sistema sanitario único y global que, bajo la denominación de Sistema Nacional de Salud, queda descentralizado en la gestión y, por consiguiente, convierte a las relaciones de cooperación y a la coordinación en piedras angulares esenciales para mantener la cohesión del mismo.

En este artículo se hace un análisis crítico de la cooperación y la coordinación sanitaria en nuestro Estado Autonomico durante estos más de cuarenta y cinco años de vigencia constitucional, prestando especial atención a los años en los que se gestionó la pandemia del Covid-19. Termina el artículo con unas consideraciones finales en las que se hace una síntesis de las principales luces y sombras de la cooperación y coordinación sanitaria en España.

Palabras clave: cooperación sanitaria; coordinación sanitaria; competencias sanitarias; Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud; cohesión sanitaria.

ABSTRACT: The Spanish Constitution of 1978 established that health care was a matter shared between the State and the Autonomous Communities and thus began a decentralization of health management that would last for more than twenty years. This constitutionally designed model and concretized first with General Health Law and then with the Cohesion and quality of the National Health System Law is based on the existence of a single and global system that, under the name of the National Health System, is decentralized in management and, consequently, makes cooperation relations and coordination essential keys to maintain its cohesion.

This article provides a critical analysis of health cooperation and coordination in our Autonomous State during these more than forty-five years of constitutional validity, paying special attention to the years in which the Covid-19 pandemic was managed. The article ends with some final considerations in which a synthesis of the main lights and shadows of health cooperation and coordination in Spain is made.

Key words: health cooperation; health coordination; health competencies; Interterritorial Council of the National Health System; health cohesion.

I. INTRODUCCIÓN

El sistema sanitario español es sin duda uno de los más importantes logros de la moderna historia de España. Se trata de un sistema de asistencia sanitaria pública, financiado fundamentalmente con impuestos (el copago del usuario se limita actualmente a la prestación farmacéutica extrahospitalaria) y que da una cobertura universal, de manera que asegura una igual cobertura frente a la enfermedad independientemente de la condición social o económica de cada cual.

Actualmente, como otros sistemas sanitarios públicos europeos, nuestro sistema sanitario se enfrenta a problemas como pueden ser el envejecimiento de la población o la dificultad de sostener financieramente el ritmo de la innovación tecnológica propio de la sanidad moderna. Pero nuestro sistema sanitario se enfrenta también a problemas específicos derivados de su descentralización política y administrativa.

La Constitución española de 1978 estableció que la asistencia sanitaria fuera una materia compartida entre el Estado y las Comunidades Autónomas y así se dio comienzo a una descentralización de la gestión sanitaria que se prolongaría durante más de veinte años. Este modelo diseñado constitucionalmente y concretado primero con Ley 14/86, General de Sanidad (en adelante, LGS) y luego con la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (en adelante LCC) se basa en la existencia de un

sistema sanitario único y global que, bajo la denominación de Sistema Nacional de Salud (SNS), queda descentralizado en la gestión y, por consiguiente, convierte a las relaciones de cooperación y a la coordinación en piedras angulares esenciales para mantener la cohesión del mismo.

En las páginas que siguen vamos a hacer un análisis crítico de la cooperación y la coordinación sanitaria en nuestro Estado Autonómico durante estos más de cuarenta y cinco años de vigencia constitucional.

II. LAS RELACIONES DE COOPERACIÓN EN EL ESTADO AUTONÓMICO

1. Los mecanismos de cooperación en el Estado Autonómico: el protagonismo de las Conferencias Sectoriales

Las relaciones de cooperación existen como algo consustancial en todos los sistemas de descentralización política. Se trata de relaciones que se mueven en el ámbito de la voluntariedad y que persiguen una colaboración, muchas veces imprescindible, en el ejercicio de las competencias. Al desarrollarse de manera voluntaria tienen sobre todo un sentido informativo y de intercambio de puntos de vista o de solución de conflictos particulares, que ayuda, en definitiva, al ejercicio de las respectivas competencias.

No obstante, su importancia en los Estados Federales se debe fundamentalmente a que las relaciones de cooperación intergubernamentales son el instrumento utilizado para la orientación desde el centro de políticas territoriales a partir de incentivos económicos. En definitiva, son el instrumento básico para el ejercicio del poder de gasto de la Federación en competencias propias de las unidades subestatales para estimular o promover una actividad considerada de interés general. El dinero está en el origen de la importancia adquirida por las relaciones de cooperación y sin el dinero no se entienden la mayoría de estas relaciones (SÁENZ ROYO, 2022: 18-26).

En nuestro Estado Autonómico la cooperación adopta diversas formas, desde convenios para asuntos puntuales hasta la institucionalización, legal o espontánea, de auténticos órganos con capacidad ejecutiva.

Después de más de cuarenta y cinco años de funcionamiento del Estado Autonómico, las relaciones de cooperación en España se formalizan mayoritariamente a escala vertical. No obstante, tal y como demuestran muchos estudios, han sido habituales los foros informales de relación entre consejeros autonómicos con competencias en determinadas materias, las cumbres bilaterales o las redes de relaciones para la gestión de programas y servicios públicos. Además, en el período comprendido entre 2004 y 2020 se produce un incremento en las relaciones horizontales. Aparecen instrumentos nuevos,

como la Conferencia de los Gobiernos de las Comunidades Autónomas, y se incrementa la utilización de otros ya existentes. Predomina en todo caso en las relaciones horizontales los mecanismos informales (RAMOS GALLARÍN, Juan A. y ALDA FERNÁNDEZ, Mercedes, 2021: 133-150).

Entre los mecanismos cooperativos verticales que se reconocen destacan las Conferencias Sectoriales que, desde su institucionalización en 1983, son órganos de carácter multilateral en un ámbito concreto y el pilar fundamental de la cooperación en España. Están integradas por el titular del Departamento ministerial competente y por todos los consejeros de los Gobiernos regionales responsables de la misma materia (art. 147.1 Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público). En su seno se aprueban planes conjuntos, se acuerdan criterios de distribución de recursos estatales a las Comunidades Autónomas o se promueven Convenios de colaboración, en su mayoría convenios-tipo, esto es, un mismo texto que se suscribe por la mayoría de las Comunidades Autónomas de forma bilateral entre el Estado y una Comunidad.

2. Las funciones de la cooperación en el Estado Autonómico

En nuestro Estado Autonómico ha habido una evolución en el papel desempeñado por las relaciones de cooperación.

En origen las relaciones intergubernamentales en España se impulsan a raíz del proceso de traspaso de competencias y su contenido —sustancialmente— financiero tenía como objetivo transferir a las Comunidades Autónomas gran parte de los recursos necesarios para ejercer sus competencias. Esto se explica ya que la prioridad política en nuestro Estado Autonómico se centró en descentralizar numerosas materias hacia las autonomías mientras que el traspaso de los ingresos fiscales fue más lento y limitado. Las relaciones de cooperación se utilizaron durante los primeros años como forma de salvar la insuficiencia financiera de las Comunidades Autónomas para hacerse cargo de sus competencias.

Actualmente, sin embargo, tras el proceso de descentralización financiera, las relaciones intergubernamentales están en España estrechamente vinculadas a las subvenciones condicionadas y sirven para orientar en buena medida el ejercicio de políticas autonómicas, en línea con la práctica habitual en otros Estados Federales. La diferencia con otros Estados Federales, como veremos en el ámbito sanitario, es la falta de control por parte del Estado respecto al destino de muchos de estos fondos.

Otro de los papeles jugados por la cooperación en España es el de evitar la interposición de recursos de inconstitucionalidad. Esta función se realiza por Comisiones Bilaterales de Cooperación y se prevé en el art 33.2 de la LOTC a raíz de su reforma en el año 2000. Este nuevo papel desempeñado por el principio de cooperación ha de valorarse muy positivamente por cuanto en

la práctica ha supuesto una reducción considerable de la conflictividad (DE LA QUADRA-SALCEDO, Janini, 2021: 149-181) (1).

Por supuesto, las relaciones de cooperación también pretenden en España un mejor ejercicio de las competencias respectivas a través del intercambio de información. En este sentido ha sido importante en España el papel desempeñado por las relaciones de cooperación en ejercicio de competencias estatales que tienen implicaciones en las competencias autonómicas, como es el caso de las competencias estatales en materia de infraestructuras de transporte de interés general y las competencias autonómicas y locales en materia de ordenación del territorio. Sin embargo, estas relaciones no han funcionado muy adecuadamente como foros de intercambio de opinión a efectos, por ejemplo, de una homogeneización de la gestión descentralizada de algunas competencias estatales. Por ejemplo, para asegurar una homogénea gestión descentralizada de las pensiones no contributivas reconocidas por ley 26/1990 se crearon Comisiones de Seguimiento constituidas por el Estado y las Administraciones autonómicas. Ello no evitó una aplicación de diferentes criterios de acceso a las prestaciones en unos territorios y en otros lo cual generó numerosa conflictividad planteada por los propios beneficiarios de las mismas. La solución tuvo que plantearse jurisdiccionalmente mostrándose ineficaz la vía cooperativa (MARTÍN-SERRANO JIMÉNEZ, 2018: pp. 175-180).

Excepcionalmente también se han utilizado las relaciones de cooperación como forma de participación de los intereses territoriales en la decisión estatal, convirtiéndolas en órganos decisorios. Es el caso del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en cuyo seno no solo se pactan los criterios de reparto de fondos, sino también el contenido de los Reales Decretos y demás disposiciones estatales que desarrollan la ley. Esta función ha conllevado el bloqueo y la dificultad en la toma de decisiones estatales (SÁENZ ROYO, 2010: 33-37).

Por último, la cooperación entre el Estado y las Comunidades Autónomas sirve también para adoptar la posición española en los correspondientes Consejos de Ministros de la UE. Dicha cooperación se traduce, entre otros mecanismos, en la intervención directa de alguna consejería autonómica, en representación de todas ellas, como parte de la Delegación española en las reuniones del Consejo de Ministros de la UE en ciertas materias. Especialmente importante es la Conferencia para asuntos relacionados con la UE y el Consejo Consultivo de Política Agrícola para Asuntos Comunitarios (creado en 2000), el Consejo Consultivo de Política Pesquera para Asuntos Comunitarios (también

(1) También puede consultarse el «Informe de fiscalización de las actuaciones para las relaciones de cooperación multilateral entre la Administración general del Estado y las Comunidades Autónomas desarrolladas en el marco de la gestión de la pandemia covid-19», aprobado el 21/12/2022, p. 25-29. En línea: <https://www.tcu.es/repositorio/9382461c-c151-4cfa-8f7a-ad36e2cfd4a4/11495.pdf> (Consulta 24 de julio de 2024).

creado en 2000) y el Consejo Consultivo de Política Medioambiental para Asuntos Comunitarios (creado en 2009) (2).

III. LA SANIDAD COMO MATERIA COMPARTIDA ENTRE EL ESTADO Y LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y EL CONSEJO INTERTERITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (CISNS) COMO PRINCIPAL ÓRGANO DE COOPERACIÓN

1. La competencia básica estatal y el desarrollo y gestión autonómica en materia sanitaria: la creación del Sistema Nacional de Salud y el papel informativo del CISNS

Una de las cuestiones debatidas en sede constituyente consistía en determinar las competencias que corresponderían al Estado y a las Comunidades Autónomas en materia sanitaria. Finalmente, todos los grupos parlamentarios, excepto Minoría Catalana, estuvieron de acuerdo en atribuir al Estado las «bases y coordinación general de la Sanidad» (art. 149.1.16 CE) (SÁENZ ROYO, 2022: 45-48). Por tanto, exceptuando Minoría Catalana, todos los grupos parlamentarios estaban de acuerdo en la necesidad de que los españoles gozáramos de una igualdad básica en asistencia sanitaria establecida desde el centro. A partir de este mínimo se concedería a las Comunidades Autónomas la posibilidad de introducir mejoras y, sobre todo, de gestionar las decisiones estatales.

Este título competencial estatal en materia sanitaria, de acuerdo con la jurisprudencia constitucional, justifica, y aun exige, la existencia de un sistema sanitario único y global, cuyas claves fundamentales fueron perfiladas por el legislador estatal a través primero de la LGS, bajo la denominación de Sistema Nacional de Salud (SNS), y posteriormente por la LCC. La gestión del SNS en manos de las Comunidades Autónomas exigía, a su vez, del establecimiento de unas relaciones de cooperación entre el Estado y las Comunidades Autónomas cuyo instrumento principal es el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS). Este CISNS se convierte en el «principal instrumento de configuración del Sistema Nacional de Salud», teniendo asignada la emisión de «recomendaciones» respecto a las funciones esenciales del SNS (art. 71.1 LCC).

En la práctica, el Estado ha hecho uso ampliamente de su competencia en legislación básica. Aunque el principio general del que parte la LGS es

(2) «Informe de fiscalización de las actuaciones para las relaciones de cooperación multilateral entre la Administración general del Estado y las comunidades autónomas desarrolladas en el marco de la gestión de la pandemia covid-19», aprobado el 21/12/2022, p. 24. En línea: <https://www.tcu.es/repositorio/9382461c-c151-4cfa-8f7a-ad36e2cfd4a4/11495.pdf> (Consulta 24 de julio de 2024).

la atribución de las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas siempre que no se hayan reservado expresamente al Estado (3), éste se reserva numerosas y amplias competencias normativas que, sin llegar a excluir la posibilidad de regulaciones autonómicas en materia sanitaria, restringen fuertemente su ámbito potencial. De ahí que durante los años transcurridos desde la promulgación de la LGS hayan sido numerosas las disposiciones estatales legales y reglamentarias que han complementado o desarrollado las previsiones contenidas en la misma, siendo muchas de ellas íntegramente ordenadoras de los supuestos de hecho que contemplan y de aplicación directa. En este sentido, es el Estado el que ha fijado los sujetos que tienen acceso al SNS (Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud), la fijación de la cartera de servicios con financiación pública (RD 1030/2006, de 15 de septiembre) o el régimen estatutario del personal sanitario (Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias; Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud) (SÁENZ ROYO, 2022: 52-54). Esta proliferación legislativa estatal contrasta, sin embargo, con la ausencia de una regulación básica común en materia de vacunación y del establecimiento de un calendario único de vacunación en toda España (PEMÁN GAVÍN, 2024: 14-16; CIERCO SEIRA, 2018: 134-144). También contrasta con la parquedad normativa y la confusión organizativa que existe en el campo de la evaluación de los medicamentos y tecnologías sanitarias previa a su autorización e incorporación en las prestaciones sanitarias (PEMÁN GAVÍN, 2024: 13-14).

Por su parte, todas las Comunidades Autónomas han asumido la competencia de gestión en sus Estatutos y también las funciones que venía desempeñando y los servicios que venía prestando el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), lo que supone una descentralización completa de la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud (4). Además, las Comunidades Autónomas pueden mejorar los servicios incluidos por su competencia de desarrollo legislativo (asistencia dental para menores, cirugías de cambio de sexo, métodos anti-conceptivos...) (SÁENZ ROYO, 2022: 57-60).

En este ámbito competencial compartido, aunque el ejercicio de algunas de las competencias normativas estatales exigen previo acuerdo del CISNS (así, la

(3) Según el art. 41.2 LGS, «Las decisiones y actuaciones públicas previstas en esta Ley que no se hayan reservado expresamente al Estado, se entenderán atribuidas a las Comunidades Autónomas».

(4) Esta descentralización de la gestión en la asistencia sanitaria ha requerido de la creación del Fondo de Cohesión (creado en 2001 y previsto en la DA 5 LCC) y del Fondo de Garantía Asistencial (Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril) a fin de garantizar el acceso igual a la asistencia sanitaria y cubrir los gastos causados por los pacientes en sus desplazamientos temporales a otras Comunidades Autónomas distintas de la de residencia.

cartera común de servicios según el artículo 8 y 21 de la LCC), el CISNS no tiene un papel decisorio y solo puede formular «recomendaciones», ya que su papel se debe realizar «sin menoscabo de las competencias legislativas de las Cortes Generales y, en su caso, normativas de la Administración General del Estado» (art. 71 LCC). Tampoco puede menoscabar «las competencias de desarrollo normativo, ejecutivas y organizativas de las Comunidades Autónomas» (art. 71 LCC).

2. La competencia del Estado de «coordinación sanitaria»: competencia sustantiva ejercida a través del CISNS

Por lo que se refiere a la coordinación general atribuida al Estado en materia sanitaria, que resulta adicional a la competencia legislativa básica (art. 149.1.16), en las iniciales SsTC 32/1983, de 28 de abril y 42/1983, de 20 de mayo, quedó caracterizada la función coordinadora como una competencia específica que no cabe confundir con la colaboración (exigencia ésta implícita en la propia esencia de la forma de organización del Estado que se implanta en la CE) y que es también distinta a la competencia para la fijación de las bases. No quedaba demasiado claro si suponía una competencia sustantiva adicional del Estado que le permitiera limitar las competencias autonómicas.

Doctrinalmente se habían hecho dos interpretaciones distintas de la competencia estatal en coordinación de la Sanidad. Aquélla que mantiene un «concepto material» que la configura como una competencia sustantiva diferente del concepto de bases (LEÓN ALONSO, 2010: 399; SOLOZÁBAL ECHEVARRÍA, 2021: 38). Y aquélla que la considera una competencia instrumental para el ejercicio de la competencia básica y que «no expande la competencia estatal ni un ápice» (MUÑOZ MACHADO, 1982: 537).

La posterior evolución de la jurisprudencia constitucional se decanta por una concepción sustantiva que debe ejercerse con ciertas precauciones y sin que suponga el vaciamiento de las competencias autonómicas (STC 82/2020, FJ 6).

Según la legislación vigente y la práctica a raíz de la gestión del covid-19 la competencia de coordinación es una competencia claramente sustantiva, en la que el Estado puede imponer una medida en contra del criterio de alguna Comunidad Autónoma y supone un cierto sacrificio de las competencias autonómicas.

En virtud del art. 151.2.a de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, se reconoce la posibilidad de ejercer por parte del Estado la competencia sustantiva de coordinación a través de las Conferencias Sectoriales, exigiendo la participación de las Administraciones autonómicas e imponiéndose el acuerdo adoptado en el seno de las mismas por mayoría también a las autonomías no conformes con el mismo. En el ámbito sanitario, en virtud del art. 65 de la LCC, modificado por Real Decreto-ley 21/2020, de

9 de junio, la competencia de coordinación en sanidad es una competencia sustancial que se traduce en la posibilidad de que el Ministerio de Sanidad tome decisiones en materias de competencia autonómica. Esas decisiones — «declaración de actuaciones coordinadas»— se podrán tomar por el Ministerio de Sanidad unilateralmente en casos de urgente necesidad o previa propuesta mayoritaria de las Comunidades Autónomas en el seno del CISNS. Se trata del ejercicio de una competencia de coordinación estatal constitucionalmente reconocida y ejercida a través del CISNS y que se diferencia de la cooperación voluntaria que se produce también en el seno del CISNS y que se traduce en «recomendaciones» tomadas por consenso (MONTILLA MARTOS, 2023: 124-126). Veremos cómo durante la gestión de la pandemia se ha hecho efectiva esta competencia estatal de coordinación a través del CISNS.

IV. EVALUACIÓN DE LA COOPERACIÓN Y COORDINACIÓN SANITARIA EN LA EVOLUCIÓN DEL ESTADO AUTONÓMICO

1. La cooperación sanitaria en el periodo 1986-2019

El CISNS fue creado por la LGS en 1986 y posee un reglamento de funcionamiento aprobado en 1987, reformado y modificado en diversas ocasiones (1993, 1996 y 2003) y regulado finalmente por la LCC (arts. 69-75). Según el art. 47 de la LGS estaba integrado por un representante de cada una de las Comunidades Autónomas y por igual número de miembros de la Administración del Estado. Esta composición garantizó una hegemonía de la Administración General del Estado, que además gestionaba hasta 2002 directamente algo más del 40% de la sanidad española a través del INSALUD. La hegemonía de la Administración General del Estado desapareció cuando se cambió la composición del CISNS en 2003 por el art. 70 LCC. Actualmente está constituido por el Ministro de Sanidad y Consumo, que ostenta su presidencia, y por los Consejeros competentes en materia de sanidad de las Comunidades Autónomas. Además, cuenta con órganos de segundo nivel como la Comisión Delegada y varias Comisiones Sectoriales especializadas, como la Comisión de Salud Pública, la Comisión de Recursos Humanos del SNS, la Comisión científico-técnica del SNS o la Comisión Permanente de Farmacia, entre otras. También cuenta con grupos de trabajo como el de Sanidad Ambiental, Promoción de Salud en el Trabajo y Epidemiología (HERNÁNDEZ-MORENO, 2021: 103-106).

Esta Conferencia ha desarrollado una actividad regular desde su creación. Según los datos oficiales del Ministerio de Política Territorial y Memoria Democrática, desde su creación en 1987 hasta 2019 este órgano de cooperación multilateral ha sido un órgano estable en sus reuniones anuales, celebrando una media de

tres o cuatro por ejercicio (5). No obstante, tampoco han faltado conflictos que se han llegado a judicializar por la inactividad en su convocatoria, que corresponde al ministro de Sanidad, bien a iniciativa propia o bien a solicitud de un tercio de sus miembros (art. 13.1 del Reglamento de Funcionamiento del CISNS) (6).

El CISNS tiene como principal finalidad «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». Como Conferencia Sectorial, con el objetivo de dicha cohesión, realiza las funciones clásicas de las relaciones de cooperación como son ser instrumento del poder de gasto del Estado y, de esta forma, orientar las políticas autonómicas en favor de estrategias sanitarias consideradas de interés general o ser foro de intercambio de información para una gestión homogénea de las competencias autonómicas. Como veremos a continuación también se ha convertido en instrumento esencial en la aprobación de la normativa de la Administración General de Estado. Veamos las principales deficiencias en el desarrollo de estas funciones de cohesión.

En su finalidad de cohesión del SNS el CISNS aprueba diversas estrategias sanitarias y en su seno se deciden los criterios de distribución de fondos entre las Comunidades Autónomas dirigidos a estas estrategias. En este sentido, el CISNS sirve de instrumento del poder de gasto del Estado (7). Relevantes en este campo fueron los convenios bilaterales entre el Estado y cada una de las Comunidades Autónomas que voluntariamente aceptaron a través de los cuales se repartieron las subvenciones estatales dirigidas a la promoción de actividades para la salud bucodental infantil (Real Decreto 111/2008, de 1 de febrero).

El problema ha surgido cuando la aprobación de estrategias sanitarias consideradas de interés general no ha ido acompañada por la financiación estatal adecuada. Esto es lo que ocurrió en 2003 cuando el Ministerio de Sanidad intentó imponer unos planes integrales contra el cáncer y la obesidad, así como la inclusión de nuevas prestaciones, como las bombas de insulina

(5) «El sistema de cooperación entre el Estado y las comunidades autónomas. Informe sobre la actividad de los órganos de cooperación en 2023», Ministerio de Política Territorial y Memoria Democrática, Madrid, mayo de 2024, p. 51. En línea: https://mpt.gob.es/dam/es/portal/politica-territorial/autonomica/coop_autonomica/Conf_Sectoriales/Documentacion/Conf_Sect_anuales/parrafo/0/text_es_files/InformeOrganosCooperacion2023.pdf#page=1 (consulta 5 de julio de 2024).

(6) *Vid.* las sentencias de la Audiencia Nacional (Sala de lo Contencioso-Administrativo) de 27 de septiembre de 2006 (Roj: SAN 4651/2006) y de 28 de marzo de 2007 (Roj: SAN 1479/2007), que estimaron sendos recursos contra la inactividad de la ministra (PSOE) interpuestos por Comunidades Autónomas que entonces tenían Gobiernos del Partido Popular (PEMÁN GAVÍN, 2024: 11).

(7) *Vid.* los acuerdos de distribución de fondos del CISNS en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/consejoInterterritorial.do?metodo=organizar> (consulta el 25 de julio de 2024).

para los enfermos diabéticos, sin financiación adicional a las autonomías. Por primera vez, los consejeros de PSOE, CIU y PNV abandonaron una reunión del CISNS (RODRÍGUEZ-VIGIL, 2008: 156-157). Por tanto, el éxito de estas estrategias sanitarias consideradas de interés nacional dependerá de la financiación estatal que las sostenga, ya que estamos en el terreno de la voluntariedad.

Por otra parte, el CISNS se ha convertido en un elemento esencial y decisorio en la configuración de los elementos esenciales del SNS. A pesar de tener (en teoría) una función meramente informativa al emitir «recomendaciones» en la configuración de los elementos esenciales del Sistema Nacional de Salud (art. 71.1 LCC), la exigencia legal de informe previo o «acuerdo» del CISNS para el ejercicio de competencias estatales unida a la exigencia legal de consenso en sus «recomendaciones» (art. 73.2 LCC) ha derivado en constituir al CISNS en un instrumento decisorio y de bloqueo en la toma de decisiones estatales.

Durante años se bloqueó por falta de consenso decisiones como la fijación de la cartera común de servicios, que se hace por el gobierno estatal a través de Real Decreto, previo acuerdo del CISNS (arts. 8 LCC). Se exigió de cuatro años de deliberación para llegar a un consenso para el cambio de la cartera común de servicios que daría lugar al RD 1030/2006, de 15 de septiembre que sustituyó al anterior Reglamento de Prestaciones Sanitarias (RD 63/1995, de 20 de enero) (RODRÍGUEZ-VIGIL, 2008: 416-417).

La falta de acuerdo en el seno del CISNS también ha impedido que el gobierno estatal ejerza su competencia de coordinación de los mecanismos de intercambio electrónico de información clínica y de salud individual (art. 56 LCC) e imponga la creación de una historia clínica digital, la receta electrónica interoperable, unas bases de datos clínicos de atención primaria o una receta electrónica de productos ortoprotésico, a pesar de las reuniones del Grupo de Trabajo para la Historia Clínica Digital del SNS, del Grupo para la Receta Electrónica Interoperable del SNS, del Grupo de Trabajo para la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria o del Grupo específico para la Receta Electrónica de Productos Ortoprotésicos (PEMÁN GAVÍN, 2024: 25).

Como señala VAQUER CABALLERÍA (2004: 125), la exigencia legal para la aprobación de la normativa estatal de previo acuerdo del CISNS y además por consenso supone que «el Estado ha hecho un ejercicio de autoconstricción legal de sus competencias constitucionales, poniendo en mano común lo que le es propio y atribuyendo a todas y cada una de las Comunidades Autónomas un poder de veto, que podría llegar a bloquear su ejercicio». Resultaría imprescindible sustituir la exigencia de consenso por una simple mayoría en la formulación de sus «recomendaciones» y evitar así situaciones de bloqueo en la toma de decisiones de competencia estatal que exigen su previo acuerdo. También sería imprescindible que la Administración General del Estado pudiera aprobar normativa sobre elementos básicos del SNS autónomamente y sin que

resulte imprescindible el previo acuerdo del CISNS o siguiendo estrictamente su «recomendación». Al fin y al cabo, es al Estado al que le corresponde competencialmente garantizar la igualdad de los españoles en la asistencia sanitaria a través de su legislación básica.

En cambio, por contraste, los acuerdos adoptados en el seno del CISNS que no adoptan la forma de normativa estatal en nada perjudican a las competencias autonómicas ya que carecen de carácter vinculante y su efecto homogeneizador quedará a la voluntad autonómica. Es el caso del calendario de vacunación. Aunque el art. 19.3 de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública —en adelante, LGSP—, señale que corresponde al CISNS acordar —y así lo hace anualmente— un calendario «único» de vacunación, solo toma la forma de mera «recomendación», ya que el Estado no ha hecho la regulación y por tanto las Comunidades Autónomas pueden establecer su propio calendario, no solo en cuanto a la incorporación de nuevas vacunas, sino en el establecimiento de las condiciones para su administración y en el tratamiento de su nivel de obligatoriedad (CIERCO SEIRA, 2018: 134-144; y 2019: 154 ss). La incorporación del calendario «único» en la cartera de servicios básica y común (art. 6.4 LGSP) hace pensar que solo podrían incorporar nuevas vacunas, pero no eliminar las previstas (art. 8 quinqués LCC).

La creación en 2001 del Grupo de Trabajo sobre Gasto Sanitario en el seno de la Subcomisión de Sistemas de Información del CISNS o en 2005 del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario creado por la Conferencia de Presidentes tampoco ha permitido que exista en España la transparencia requerida en la financiación sanitaria. El confuso sistema de financiación autonómica, la opacidad en la aplicación del principio de solidaridad, la falta de control sobre las transferencias de recursos del Estado a las CCAA, junto con la inexistencia de unas reglas de contabilidad homogéneas, imposibilitan conocer quién está pagando qué y, con ello, imposibilitan una rendición de cuentas en el ámbito sanitario (SÁENZ ROYO, 2024: 72-97).

El CISNS también ha resultado ineficaz en la gestión de los fondos creados para garantizar el acceso igual a la asistencia sanitaria a todos ciudadanos fuera de su lugar de residencia en todo el territorio español (Fondo de Cohesión creado en 2001 y previsto en la DA 5 LCC y el Fondo de Garantía Asistencial creado Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril). Tampoco han resultado eficaces los mecanismos de cooperación horizontal implementados entre Comunidades Autónomas (convenios bilaterales de cooperación, protocolos de actuación y mecanismos informales de colaboración). Se trataría de garantizar que todos los españoles puedan ser atendidos por patologías específicas que no cuentan con los medios adecuados en sus Comunidades Autónomas, que los ciudadanos que viven en lugares limítrofes puedan ser asistidos por la mayor proximidad geográfica o que los ciudadanos que hacen estancias cortas (por

turismo) o largas (por trabajo, estudios...) puedan ser igualmente atendidos en otras Comunidades Autónomas. Tanto el Tribunal de Cuentas (8) como un informe encargado por el INAP (MORENO FUENTES *et al.*, 2022) han puesto de manifiesto las deficiencias en este terreno, siendo un claro déficit en la cohesión de nuestro Sistema Nacional de Salud que debería abordarse en la CISNS y modificarse de manera eficaz la normativa estatal (PEMÁN GAVÍN, 2024: 12-13).

2. La cooperación y coordinación sanitaria durante la pandemia (9)

Especial valoración exige la cooperación sanitaria durante la gestión de la pandemia. A partir de 2020, a raíz de la pandemia del covid-19, el CISNS pasó a celebrar una reunión semanal (82 reuniones ese año). Desde entonces, su periodicidad sigue siendo la más alta de todas las Conferencias, pero ha ido disminuyendo progresivamente, celebrando 52 sesiones en 2021, 24 en 2022 y 9 en 2023. A medida que la pandemia fue remitiendo, se ha ido retomando la normalidad de las sesiones, tanto en relación con el tipo de reuniones como a la inclusión de nuevas temáticas en el orden del día (10). A continuación, analizaremos el papel desempeñado por el CISNS y las relaciones de cooperación y coordinación durante la pandemia.

A) La primera fase del estado de alarma: el papel informativo y de reparto de fondos del CISNS y la evolución en la participación de las Comunidades Autónomas

En la primera ola de la pandemia, y tras decisiones parciales tomadas por diversas Comunidades Autónomas (11), se declaró el estado de alarma

(8) Informe de fiscalización del sistema de compensación de los gastos por asistencia sanitaria gestionado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, ejercicio 2017, 30 de enero de 2020 (publicado en BOE, de 29 de enero de 2021, pp. 10.751 y ss.).

(9) Sobre esta materia puede verse también SÁENZ ROYO, 2021: pp. 53-73; SÁENZ ROYO, 2021b: 375-398.

(10) «El sistema de cooperación entre el Estado y las comunidades autónomas. Informe sobre la actividad de los órganos de cooperación en 2023», Ministerio de Política Territorial y Memoria Democrática, Madrid, mayo de 2024, p. 51. En línea: https://mpt.gob.es/dam/es/portal/politica-territorial/autonomica/coop_autonomica/Conf_Sectoriales/Documentacion/Conf_Sect_anuales/parrafo/0/text_es_files/InformeOrganosCooperacion2023.pdf#page=1 (consulta 5 de julio de 2024).

Respecto a las reuniones de las muchas comisiones creadas en el seno del Consejo, algunas con carácter estable y otras temporales, el número total de reuniones celebradas que constan en las memorias del CI también creció de manera drástica a raíz de la pandemia: se pasó de 57 en 2017 o 59 en 2018 a las 237 en 2020, 246 en 2021 o más de 700 en 2022. En línea: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/consejoInterterri/actividad.htm> (consulta 15 de julio de 2024).

(11) Por Orden del 24 de febrero de 2020, modificada parcialmente tres días después y ratificadas ambas por autoridad judicial, se inmovilizaron los clientes de un hotel en Tenerife

por Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo. Esto supuso fuertes restricciones a la libertad de circulación en el ámbito nacional, estableciéndose un confinamiento domiciliario en todo el territorio nacional (art. 7). Se produjo una centralización de las competencias y de la toma de decisiones. La única autoridad competente era el Gobierno y designó como autoridades delegadas a los ministros de Interior, Defensa, Sanidad y Transportes (art. 4). Como únicas autoridades competentes, el presidente y los citados ministros podían dar órdenes e instrucciones a todos los funcionarios y agentes de todas las Administraciones Públicas. Como señaló Tajadura, «el decreto no supone invasión de competencias autonómicas, sino suspensión temporal —y limitada a ciertos ámbitos— del sistema de distribución competencial» (TAJADURA TEJADA, 2020).

El artículo 11.a de la LOEAS se utilizó como la habilitación legal necesaria para las fuertes restricciones a la libertad de circulación que estableció, de acuerdo con el art. 6 LOEAS, el Gobierno de España. Esta restricción fue avalada en las sucesivas prórrogas —hasta seis— por el Congreso de los Diputados (12) hasta el 21 de junio, también de acuerdo al art. 6 LOEAS (13). Por tanto, en coherencia con la legislación de emergencia, se procedió a la restricción de derechos fundamentales de manera centralizada. No obstante, la STC 148/2021, de 14 de julio, consideró insuficiente la habilitación legal

en el que se diagnosticó un caso positivo de Covid-19. Dos semanas más tarde una Junta de Seguridad con la participación de la Delegación del Gobierno en La Rioja, las fuerzas y cuerpos de seguridad y la Consejería de Salud autonómica establecía el confinamiento domiciliario de un barrio de la localidad de Haro. Se suspendió toda la actividad lectiva en centros de enseñanza en la Comunidad de Madrid por Orden 338/2020, de 9 de marzo, de la Consejería de Sanidad. Luego le seguiría La Rioja (11 de marzo) y a partir del 13 de marzo la práctica totalidad de CCAA. Se estableció un confinamiento perimetral de diversos municipios de la provincia de Barcelona por Resolución INT/718/2020, de 12 de marzo de 2020, de la Generalitat de Cataluña. *Vid.* NOGUEIRA LÓPEZ, 2020: 24-29.

(12) Por Real Decreto 476/2020, de 27 de marzo, la prórroga se extendió hasta las 00:00 horas del 12 de abril de 2020; mediante el Real Decreto 487/2020, de 10 de abril, se dispuso la prórroga hasta las 00:00 horas del día 26 de abril de 2020; el Real Decreto 492/2020, de 24 de abril, estableció una nueva prórroga hasta las 00:00 horas del 10 de mayo de 2020; el Real Decreto 514/2020, de 8 de mayo, dispuso la prórroga del estado de alarma hasta las 00:00 horas del día 24 de mayo de 2020; el Real Decreto 537/2020, de 22 de mayo, prorrogó el estado de alarma hasta las 00:00 horas del día 7 de junio de 2020; y, finalmente, el Real Decreto 555/2020, de 5 de junio, que prorroga el estado de alarma hasta las 00:00 horas el 21 de junio.

(13) Aprobada la primera prórroga del estado de alarma por Real Decreto 476/2020, de 27 de marzo, el gobierno aprobó por Real Decreto-ley 10/2020, de 29 de marzo, un endurecimiento de las limitaciones a la libertad de circulación y, por tanto, de las condiciones de la prórroga aprobada. Entendemos que esto no fue conforme al art. 6 LOEAS, ya que solo al Congreso de los Diputados correspondía autorizar dicha modificación. No obstante, ese Real Decreto-ley quedó convalidado por el Congreso de los Diputados en sesión de 9 de abril de 2020.

de limitación del derecho de circulación prevista en el estado de alarma (art. 11 a LOAES) para decretar el confinamiento domiciliario, que califica de «suspensión» del derecho y, por tanto, solo amparable bajo el estado de excepción o sitio (art. 55 CE). La declaración de inconstitucionalidad de la primera declaración del estado de alarma, al llegar finalizada ya la primera fase, solo tuvo efectos retroactivos respecto a las sanciones impuestas a los ciudadanos por saltarse el confinamiento domiciliario, de acuerdo con el art. 40.1 LOTC.

En este período hubo una diferente participación de las Comunidades Autónomas. Se redescubrió la Conferencia de Presidentes. Desde su creación el 28 de octubre de 2004 hasta 2017 la Conferencia celebró seis reuniones. Durante esta primera fase de la pandemia el Presidente del Gobierno convocó catorce reuniones extraordinarias (GARCÍA-ESCUADERO MÁRQUEZ, 2021: 114). Progresivamente el protagonismo de esta Conferencia se trasladaría al CISNS (14). Desde el 14 de marzo hasta principios de mayo se produjeron catorce reuniones del CISNS (15). No obstante, en ambos casos las reuniones eran de carácter meramente informativo. Durante este periodo la centralización en las decisiones fue absoluta, sin participación real de las Comunidades Autónomas que solo eran informadas de las decisiones previamente tomadas. Además, en este período, el CISNS se sigue utilizando como instrumento del poder de gasto estatal: o bien para establecer los criterios para la distribución de fondos para hacer frente a la crisis sanitaria, como el Acuerdo 1318 de 25 de marzo, o para financiar las estrategias sanitarias del Estado (16).

Sin embargo, el inicio de la desescalada a principios de mayo supuso una modificación en la participación de las Comunidades Autónomas en las decisiones estatales y del papel del CISNS. El Plan de Desescalada fue aprobado por el Consejo de Ministros el 27 de abril y ejecutado por órdenes del Ministerio de Sanidad. Se trataba de un proceso gradual con una fase 0 de

(14) En 2020 se celebraron un total de 17 reuniones de la Conferencia de Presidentes y en 2021 dos. «Informe de fiscalización de las actuaciones para las relaciones de cooperación multilateral entre la Administración general del Estado y las comunidades autónomas desarrolladas en el marco de la gestión de la pandemia covid-19», aprobado el 21/12/2022, p. 18-19. En línea: <https://www.tcu.es/repositorio/9382461c-c151-4cfa-8f7a-ad36e2cfd4a4/11495.pdf> (Consulta 24 de julio de 2024).

(15) En general, durante la gestión de la pandemia hubo un incremento sustancial en las reuniones de las Conferencias Sectoriales que el Gobierno sitúa, para el año 2020, en un 200 por ciento. Además de la Conferencia de Presidentes y el CISNS, también se han reunido otras Conferencias Sectoriales y se han institucionalizado las Conferencias Intersectoriales. Puede consultarse: https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/territorial/Paginas/2021/210121-conferencias_sectoriales.aspx (22 de junio de 2024).

(16) Vid. los acuerdos de distribución de fondos del CISNS a partir de 2020 en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/consejoInterterritorial.do?metodo=organizar> (consulta el 25 de julio de 2024).

relajación de algunas de las medidas restrictivas y 3 fases de apertura progresiva de la actividad económica y social. Las decisiones seguían estando en manos del gobierno central, pero a partir de la *Orden SND/387/2020, de 3 de mayo, por la que se regula el proceso de cogobernanza con las comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla para la transición a una nueva normalidad*, se dio más participación a las Comunidades Autónomas.

Según esta Orden, las autonomías tenían que enviar al Ministerio de Sanidad sus propuestas de avance entre fases. El Ministerio, a través de los expertos de la Dirección General de Salud Pública, examinaba las propuestas y comprobaba que se adaptaban a los requerimientos. Se establecía una relación bilateral con cada autonomía y finalmente era una Orden del Ministerio de Sanidad la que determinaba la fase de la Comunidad Autónoma. Desde nuestro punto de vista, esta forma de proceder se adaptaba perfectamente a la legislación de emergencia, ya que es el Gobierno central la autoridad competente (art. 7 LOEAES) y es él el que tiene que rendir cuentas de la aplicación de las medidas restrictivas (art. 8 LOEAES). Es a él al que le corresponde, pues, dictar las órdenes que fijen el nivel de restricciones de cada Comunidad Autónoma. Y todo ello se hizo compatible con la participación previa de las Comunidades Autónomas.

También a partir de este momento el CISNS deja de ser un foro informativo para las Comunidades Autónomas y empieza a adoptar acuerdos de consenso para la gestión de la pandemia. En la Orden SND/404/2020, de 11 de mayo, de medidas de vigilancia epidemiológica de la infección por SARS-CoV-2 durante la fase de transición hacia una nueva normalidad, explícitamente se incluye al CISNS en la arquitectura de la gobernanza. El acuerdo inaugural de esta nueva fase es el de 4 de mayo de 2020 (Acuerdo 1320) por el que se aprueba el documento relacionado con la estrategia de diagnóstico, vigilancia y control en la fase de transición de la pandemia de Covid-19. Indicadores de seguimiento. Posteriormente se aprueba un Acuerdo el 18 de mayo estableciendo el uso obligatorio de las mascarillas en todo el territorio nacional, siempre que no pueda garantizarse la distancia interpersonal de dos metros (17).

En la última prórroga del estado de alarma por Real Decreto 555/2020, de 5 de junio, se permite, por vez primera, que la autoridad delegada sea el Presidente de la Comunidad Autónoma para que directamente adopte las medidas correspondientes durante la fase III del Plan de desescalada en su territorio (art. 6). Se trata de un cambio sustancial que servirá de pauta en la tercera fase de la gestión de la pandemia.

(17) En general, para los acuerdos tomados en el pleno del CISNS puede consultarse: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/consejoInterterritorial.do?metodo=organizar> (consulta el 29 de julio de 2024).

B) La coordinación del Estado a través del CISNS durante la no vigencia del estado de alarma (del 21 de junio al 25 de octubre de 2020)

Desde el 21 de junio hasta el 25 de octubre deja de estar vigente el estado de alarma. En el ámbito nacional se aprueba el Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 (18). Con base en las competencias estatales de los artículos 149.1.13 y 149.1.16, esta norma establece medidas de prevención y protección de aplicación en todo el ámbito nacional, como son el uso obligatorio de mascarillas o la adopción de determinadas medidas de prevención en el entorno de trabajo o en los distintos establecimientos. No obstante, la norma deja amplio margen de maniobra para que sean las Comunidades Autónomas las que adopten medidas relativas al aforo, desinfección, prevención o acondicionamiento de los establecimientos.

En lo que aquí nos interesa, en este período se utiliza por vez primera la coordinación del Estado en materia sanitaria a través del CISNS prevista en los artículos 151.2.a de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público y 65 LCC. A través de la figura de la «declaración de actuaciones coordinadas en salud pública», el Estado puede ejercer su competencia en coordinación sanitaria a través del CISNS, siendo en estos casos sus acuerdos tomados por mayoría y vinculantes para todas las Comunidades Autónomas.

Durante este período de no vigencia del estado de alarma se sigue reuniendo el CISNS y se aprueban algunos planes como el *Plan de Respuesta Temprana en un escenario de control de la pandemia de COVID-19*, aprobado el 16 de julio. Este plan establece una serie de recomendaciones a las Comunidades Autónomas como los relativos al fortalecimiento de las medias de detección precoz, reserva estratégica de medicamentos y equipos de protección o refuerzo de la campaña de la gripe. Este plan de respuesta temprana se aprobó con la abstención de la Comunidad Autónoma de Galicia, aunque también lo aplicó. Si bien formalmente no tendría carácter vinculante para las Comunidades que votaran en contra —en este caso ninguna— (art. 151.2.a Ley 40/2015), algunos autores han interpretado que materialmente sería vinculante por constituir actividad de coordinación del Estado (GUILLÉN LÓPEZ, 2024: 132).

El agravamiento de la situación epidemiológica a mediados del mes de agosto hizo que se diera un paso más en materia de coordinación aprobándose, por vez primera, «declaraciones de actividades coordinadas en salud

(18) El Real Decreto-ley 21/2020 se entiende tácitamente sustituido, con efectos de 31 de marzo de 2021, por la Ley 2/2021, de 29 de marzo, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

pública» previo acuerdo del CISNS. En este marco se establecieron a nivel nacional medidas de control del ocio nocturno (14 de agosto), medidas sobre el inicio del curso escolar (27 de agosto), sobre vacunación o coordinación con Entidades Locales (9 de septiembre). Con posterioridad se han aprobado otras «declaraciones de actividades coordinadas» en cuestiones como inicio de curso escolar, proceso de vacunación o la asistencia a acontecimientos deportivos. Estas «declaraciones de actividades coordinadas» se tomaron por el gobierno previo acuerdo mayoritario en el seno del CISNS y suponen una afectación en las competencias autonómicas en ejercicio de la competencia estatal de coordinación. Esta competencia estatal así ejercida cumple —desde mi punto de vista— con las precauciones exigidas por la jurisprudencia constitucional.

Desde el verano de 2020 se incorpora también la cooperación desarrollada de manera transversal, con la celebración de reuniones conjuntas del CISNS con ministros y consejeros de otros ámbitos sectoriales, o con la incorporación de la persona titular del Ministerio con competencias en política territorial a las sesiones del Consejo. Concretamente, se celebraron catorce reuniones conjuntas de sanidad y agricultura, dos de sanidad y educación, y una de sanidad-política universitaria, sanidad-cultura, y turismo comercio interior (19).

No obstante, durante este período adquieren las Comunidades Autónomas un protagonismo también en la restricción de derechos fundamentales, al establecer los confinamientos perimetrales o las restricciones al derecho de reunión de muy dudoso anclaje constitucional (vid. SÁENZ ROYO, 2021b: 380-388).

La situación empezó a hacerse insostenible cuando la restricción a la libertad de circulación se estableció desde el ámbito nacional a través de un «Acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre la Declaración de Actuaciones Coordinadas en Salud Pública para responder ante situaciones de especial riesgo por transmisión no controlada de infecciones causadas por el SARS-Cov-2» que se publicó —por vez primera— en el BOE por Resolución de 30 de septiembre de 2020, de la Secretaría de Estado de Sanidad. Un Acuerdo que no se aprobó por unanimidad y que encontró el voto el contra de varios consejeros autonómicos, muy destacadamente el de Madrid. Aunque esta Comunidad Autónoma interpuso un recurso —que luego retiró—, los gobiernos autonómicos tenían obligación de cumplir con la Declaración en virtud del art. 151.2.a de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público y el art. 65 LCC.

(19) «Informe de fiscalización de las actuaciones para las relaciones de cooperación multilateral entre la Administración general del Estado y las comunidades autónomas desarrolladas en el marco de la gestión de la pandemia covid-19», aprobado el 21/12/2022, p. 23. En línea: <https://www.tcu.es/repositorio/9382461c-c151-4cfa-8f7a-ad36e2cfd4a4/11495.pdf> (Consulta 24 de julio de 2024).

El principal problema no es, sin embargo, ni el carácter sustantivo de la competencia estatal de coordinación sanitaria ni la naturaleza del CISNS como Conferencia Sectorial a través de la cual puede ejercerse esa coordinación por decisión mayoritaria. El principal problema de esa Declaración de Actuaciones Coordinadas publicada por Resolución de 30 de septiembre fue que con ella se restringía el derecho fundamental de libertad de circulación, siendo que una Declaración de actuaciones coordinadas en ningún caso puede prever una limitación de derechos fundamentales no habilitada por Ley Orgánica. En la práctica, el Tribunal Superior de lo Contencioso-Administrativo de Madrid no autorizó las medidas de limitación de la entrada y salida de personas en municipios de esta Comunidad Autónoma previstos por Orden 1273/2020, de 1 de octubre, de la Consejería de Sanidad. Para amparar las restricciones a la libertad de circulación en Madrid se declaró entonces estado de alarma por Real Decreto 900/2021, de 9 octubre, de ámbito territorial reducido a nueve municipios de la Comunidad de Madrid y que duró quince días.

Conforme los datos epidemiológicos empeoraron, se aprobaron el 22 de octubre en el CISNS unas «Actuaciones de Respuesta Coordinada», que eran solo recomendaciones para la actuación de las Comunidades Autónomas. En ellas se fijaron por primera vez indicadores para establecer cuatro niveles de riesgo y las medidas a adoptar en cada uno de ellos. El empeoramiento de la situación y la exigencia de establecer medidas de restricción de derechos fundamentales —que, como hemos visto, ya se estaban haciendo en el ámbito autonómico— justificó la declaración en el ámbito nacional del siguiente estado de alarma.

C) La cooperación y coordinación sanitaria en la segunda fase del estado de alarma

Por Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre, se declara nuevamente el estado de alarma, con una duración inicial de quince días, pero prorrogado con autorización del Congreso de los Diputados durante seis meses por Real Decreto 956/2020, de 3 de noviembre. En virtud de esta declaración, se establece la prohibición general de la movilidad nocturna entre las 23 horas y las 6 de la mañana, pudiendo cada Comunidad Autónoma modular su inicio entre las 22:00 y las 00:00 horas y su fin entre las 5:00 y las 7:00 de la mañana (art. 5). También se establece una limitación del derecho de reunión a un máximo de seis personas (art. 7). Los presidentes autonómicos se establecen como autoridades competentes delegadas en sus respectivos territorios (art. 2.2), y son los que deciden limitar la entrada y salida de sus territorios, para todo el perímetro de la comunidad o para un ámbito inferior (arts. 6.2 y 10) o reducir el derecho de reunión a menos de seis personas (art. 7). En la prórroga también pueden decidir sobre la suspensión del toque de queda (art. 10).

En lo que aquí nos interesa, los Reales Decretos del estado de alarma establecieron que el CISNS se encargaría del «establecimiento de indicadores de referencia y criterios de valoración del riesgo» para que las autoridades delegadas adopten las medidas restrictivas (art. 13). El problema en este punto es que el CISNS no puede sustituir al representante de la soberanía nacional como es el Congreso de los Diputados. Era al Congreso al que le correspondía fijar estos criterios para la restricción de los derechos fundamentales porque es a él al que le corresponde establecer «el alcance y las condiciones vigentes durante la prórroga» (art. 6 LOEAES). Y no al CISNS ni a las Comunidades Autónomas como dispone el decreto de convocatoria del estado de alarma (arts. 9, 10 y 13).

En la práctica, las Comunidades Autónomas tuvieron una amplia libertad de decisión, solo limitada por algún acuerdo de carácter vinculante por parte del CISNS.

El 22 de octubre de 2020 el CISNS aprobó una «Declaración de Actuaciones coordinadas» donde se fijaron los niveles de alerta y las medidas a tomar en cada caso, que incluían la restricción de derechos fundamentales. Las decisiones sobre qué medidas y cuándo aplicarlas eran tomada por las Comunidades Autónomas.

El 28 de octubre de 2020 se aprobó una «Declaración de Actuaciones coordinadas» que prohibía el público en los acontecimientos deportivos que se celebren en el marco de competiciones internacionales de fútbol y baloncesto de carácter profesional.

Aunque formalmente no tomó la forma de «Declaración de Actuaciones coordinadas», el «Acuerdo de medidas de salud pública frente a la COVID-19 para la celebración de las fiestas Navideñas» de 2 de diciembre de 2020, que incluía medidas restrictivas de derechos fundamentales, resultó vinculante para todas las Comunidades Autónomas. También fue vinculante para todas las Comunidades Autónomas el «Acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre la declaración de actuaciones coordinadas frente a la COVID-19 con motivo de la festividad de San José y de la Semana Santa de 2021» que se publicó por Resolución de 11 de marzo de 2021, de la Secretaría de Estado de Sanidad. Este acuerdo suponía la restricción de derechos fundamentales.

En estos dos últimos casos, como se ve, el CISNS no establece los criterios de restricción, sino que directamente restringe derechos fundamentales. Podría entenderse que es el gobierno estatal quien, en ejercicio de su competencia de coordinación a través del CISNS, actúa en la aplicación de las medidas restrictivas, siendo en el estado de alarma la autoridad competente (art. 7 LOEAES). El problema aquí es doble: por una parte, se hace necesario que el acuerdo del CISNS sea asumido normativamente por el Gobierno, ya que

el CISNS no tiene potestad normativa propia; por otra parte, sigue siendo imprescindible que los criterios de restricción de los derechos fundamentales se fijen previamente por el Congreso (art. 6 LOEAES).

La STC 183/2021, de 27 de octubre, consideró que tanto el toque de queda como los confinamientos perimetrales, ambas medidas restrictivas «muy intensas» del derecho a la libertad de circulación (art. 19 CE), se amparan en el art. 11 LOEAES. También podrían entenderse amparadas en dicho art. 11 LOEAES las restricciones a la reunión familiar. No obstante, tanto la prórroga de seis meses como la delegación de las restricciones de derechos a los Presidentes autonómicos los considera inconstitucionales por la falta de control político por parte del Congreso de los Diputados. Tal y como señala el Alto Tribunal, «Quedó así cancelado el régimen de control que, en garantía de los derechos de todos, corresponde al Congreso de los Diputados bajo el estado de alarma» (FJ 10D).

D) La cooperación y coordinación sanitaria finalizado el segundo estado de alarma

Finalizado el segundo estado de alarma comienza la normalidad el 9 de mayo de 2021, aunque las reuniones del CISNS continúan siendo frecuentes para tratar de homogeneizar la respuesta de las Comunidades Autónomas ante el fin de la pandemia.

En coordinación con la Conferencia Sectorial de Educación, el 2 de junio se aprobó una «Declaración de Actuaciones coordinadas» que señalaba las medidas a adoptar en los centros educativos durante el curso 2021-2022. En esa misma fecha el CISNS aprobó una «Declaración de Actuaciones coordinadas» para señalar las medidas a aplicar en los locales de ocio y restauración. Esta declaración, que sí fue aprobada por orden comunicada de la Ministra de Sanidad, de 4 de junio de 2021, y publicada en el BOE, dio lugar a una contestación muy generalizada por parte de las Comunidades Autónomas. Votaron en contra Cataluña, Galicia, Andalucía, Madrid y Murcia. El País Vasco decidió directamente no participar en la votación. Este acuerdo fue suspendido de forma cautelar por la Sala de lo Contencioso-Administrativo de la Audiencia Nacional en el Auto de 7 de junio de 2021, lo que condujo a que el CISNS dictara un nuevo acuerdo, el 9 de junio, en el que las medidas propuestas pasaban a presentarse como meras recomendaciones.

Especialmente positiva en este ámbito ha sido la coordinación desarrollada en la estrategia de vacunación, que comenzó en diciembre de 2020 y se prolongó durante todo el 2021. En ella se han implicado diversos niveles (Ponencia de Vacunas, la Comisión de Salud Pública, el Pleno del CISNS o el Grupo Integral de Vacunación) para el diseño a nivel estratégico del proceso

de vacunación y para el seguimiento de su ejecución en cada territorio. Se consiguió un ritmo homogéneo de vacunación en todos los territorios, permitiendo alcanzar de manera casi simultánea el objetivo del 70% en todas las Comunidades Autónomas. Aunque los acuerdos tomados en el CISNS en materia de vacunación no adoptan formalmente la forma de «Declaraciones de Actuaciones coordinadas», la estrategia de vacunación se entendió que era ejercicio de la competencia estatal de coordinación y fue vinculante para todas las Comunidades Autónomas, incluso para las que votaban en contra (20).

No obstante, la falta de homogeneidad en el cómputo de los positivos durante la sexta ola, siendo que no todas las Comunidades computaban los casos de positivos evaluados con auto-test, exigió el 30 de diciembre de 2021 que la Comisión de Salud Pública aprobara una «Adaptación de la estrategia de detección precoz, vigilancia y control de Covid-19 en período de alta transmisión comunitaria».

E) La cooperación como instrumento del poder de gasto estatal durante la pandemia

Como ya hemos señalado, las relaciones de cooperación en España están estrechamente vinculadas a las subvenciones condicionadas y sirven para orientar en buena medida el ejercicio de políticas autonómicas, en línea con la práctica habitual en otros Estados Federales. A raíz de la crisis del Covid-19 el ejercicio del poder de gasto del Estado en el ámbito sanitario aumentó sustancialmente y, con él, la cooperación necesaria para su distribución.

Por Real Decreto-ley 22/2020, se creó el Fondo Covid-19 para hacer frente a la incidencia presupuestaria derivada de la crisis originada por el Covid-19 (21). Con el mismo objetivo, el Real Decreto 684/2021, de 3 de agosto, aprueba un Fondo extraordinario de 13.486 millones de euros repartidos entre las Comunidades Autónomas en dos fases (el 70% en septiembre de 2021 y el 30% en noviembre de 2021) según la población ajustada (22). Ambos Reales Decretos-ley establecieron los criterios de reparto entre las Comunidades Autónomas que se fueron distribuyendo bilateralmente por la vía de convenios.

(20) Vid. los acuerdos de 28 de enero, 7 de abril de 2021. En línea: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/consejoInterterritorial.do?metodo=organizar> (consulta 29 de julio de 2024).

(21) Ministerio de Hacienda y Función Pública. Fondo Covid (2020). En línea: https://www.hacienda.gob.es/es-ES/CDI/Paginas/SistemasFinanciacionDeuda/InformacionCCAAAs/Fondo_COVID.aspx (consulta el 16 de junio de 2023).

(22) Ministerio de Hacienda y Función Pública. Fondo extraordinario (2021). En línea: <https://www.hacienda.gob.es/es-ES/CDI/Paginas/SistemasFinanciacionDeuda/AyudasCOVID/Fondo-extraordinario.aspx> (consulta el 16 de junio de 2023).

En este ámbito se evidenció un déficit en el control del destino del gasto. Las Comunidades señalaron que los recursos se habían gastado en aumentar plantillas en sanidad, en equipos y pruebas contra el Covid, inversiones en centros sanitarios o ayudas sociales a personas que no han podido beneficiarse del ingreso mínimo. Pues bien, según datos del Ministerio de Hacienda (23), las Comunidades Autónomas no invirtieron todo el dinero que les ha dado el Estado en los gastos derivados del Covid-19. Un total de 3000 millones de euros no se sabe a dónde han ido a parar.

Un entendimiento adecuado del poder de gasto estatal exige desvincular éste del sistema de distribución de competencias y enmarcarlo en el ámbito de las relaciones intergubernamentales y de la voluntariedad. En este ámbito es al Estado al que le corresponde señalar el destino del dinero y exigir a las Comunidades Autónomas que lo acepten una rendición de cuentas y, en caso de no invertir donde deben, un reembolso de las cantidades. Esta es la práctica habitual en otros Estados Federales y una exigencia mínima de transparencia en los sistemas democráticos (SÁENZ ROYO, 2024: 84-89).

V. CONSIDERACIONES FINALES

El SNS español se enfrenta hoy a problemas que son similares a los que tienen el resto de los sistemas sanitarios públicos europeos, como pueden ser el envejecimiento de la población o la dificultad de sostener financieramente el ritmo de la innovación tecnológica propio de la sanidad moderna. Pero nuestro sistema sanitario se enfrenta también a problemas específicos derivados de su descentralización política y administrativa, que hace de la cooperación y de la coordinación elementos nucleares para garantizar la cohesión del mismo. En este artículo se hace una evaluación de la cooperación y coordinación sanitaria en estos más de cuarenta y cinco años de vigencia del Estado Autonomo, aprovechando estas consideraciones finales para hacer una síntesis de las que son, desde mi punto de vista, sus principales luces y sombras.

Como otras conferencias sectoriales, el CISNS ha servido de instrumento del poder de gasto del Estado y aprueba estrategias sanitarias de interés generales orientando las políticas autonómicas en un mismo sentido. Sin duda la puesta en marcha de dichas estrategias constituye un elemento básico de cohesión del sistema.

Por otra parte, en su función de emitir «recomendaciones» respecto a los elementos esenciales del SNS (art. 71.1 LCC), el CISNS ha vaciado las

(23) Ministerio de Hacienda y Función Pública: https://www.hacienda.gob.es/es-ES/CDI/Paginas/SistemasFinanciacionDeuda/InformacionCCAAAs/Fondo_COVID.aspx (consulta el 31 de mayo de 2023).

competencias normativas de la Administración General de Estado, mientras que en nada vinculan sus acuerdos a los gobiernos autonómicos.

La exigencia legal de informe previo o «acuerdo» del CISNS para el ejercicio de competencias estatales unida a la exigencia legal de consenso en sus «recomendaciones» (art. 73.2 LCC) ha derivado en constituir al CISNS en un instrumento decisorio y de bloqueo en la toma de decisiones estatales. Así lo hemos visto en el caso de la cartera común de servicios o en la ausencia de la historia clínica digital, la receta electrónica interoperable, unas bases de datos clínicos de atención primaria o una receta electrónica de productos ortoprotésico. El legislador estatal ha vaciado la competencia normativa de la Administración del Estado al darles a las Comunidades Autónomas poder de veto en el seno del CISNS. Resultaría imprescindible sustituir la exigencia de consenso por una simple mayoría en la formulación de sus «recomendaciones» y evitar así situaciones de bloqueo en la toma de decisiones de competencia estatal que exigen su previo acuerdo. También sería imprescindible que la Administración General del Estado pudiera aprobar normativa sobre elementos básicos del SNS autónomamente y sin que resulte imprescindible el previo acuerdo del CISNS o siguiendo estrictamente su «recomendación». Al fin y al cabo, es al Estado al que le corresponde competencialmente garantizar la igualdad de los españoles en la asistencia sanitaria a través de su legislación básica.

En cambio, por contraste, los acuerdos adoptados en el seno del CISNS que no adoptan la forma de normativa estatal en nada perjudican a las competencias autonómicas ya que carecen de carácter vinculante y su efecto homogeneizador quedará a la voluntad autonómica. Es el caso del calendario de vacunación.

El CISNS también ha resultado ineficaz en la garantía de transparencia en la financiación sanitaria. Resultaría imprescindible el establecimiento, por ejemplo, de unas comunes reglas de contabilidad presupuestaria, o una homogeneización en la gestión de los fondos creados para garantizar el acceso igual a la asistencia sanitaria a todos ciudadanos fuera de su lugar de residencia en todo el territorio español.

Por último, especial valoración merece la cooperación sanitaria durante la gestión de la pandemia del covid-19. Además de la aprobación de «recomendaciones» por el CISNS que pretendían dar una respuesta homogénea de las Comunidades Autónomas, especialmente importante ha sido el papel del CISNS para el ejercicio de la competencia estatal de coordinación.

Por vez primera, durante la pandemia, el CISNS ha sido el instrumento utilizado por el gobierno del Estado para el ejercicio de su competencia de coordinación sanitaria a través de la figura de la «Declaración de Actuaciones coordinadas en salud pública». En estos casos los acuerdos en el seno del CISNS se tomaron por mayoría y fueron vinculantes para todas las Comunidades Autó-

nomas. El ejercicio de esta competencia de coordinación estatal resultó esencial para el control de la pandemia y tal y como se hizo cumplir —desde mi punto de vista— con las precauciones exigidas por la jurisprudencia constitucional. Especialmente positiva en este ámbito fue la coordinación desarrollada en la estrategia de vacunación, que comenzó en diciembre de 2020 y se prolongó durante todo el 2021. Se consiguió un ritmo homogéneo de vacunación en todos los territorios. En cualquier caso, debería preverse la formalización de estas decisiones por orden ministerial publicada en las disposiciones generales del BOE por una cuestión de seguridad jurídica (MONTILLA MARTOS, 2023: 127).

También a raíz de la crisis del Covid-19 el ejercicio del poder de gasto del Estado en el ámbito sanitario aumentó sustancialmente y, con él, la cooperación necesaria para su distribución. En este ámbito se evidenció un déficit en el control del destino del gasto, siendo que es al Estado al que le correspondería exigir a las Comunidades Autónomas una rendición de cuentas y, en caso de no invertir donde deben, un reembolso de las cantidades.

Especialmente criticable durante la gestión de la pandemia fue la utilización del CISNS para sustituir al Congreso de los Diputados. Por una parte, sin el amparo de un estado de alarma o de excepción, es al Congreso de los Diputados al que le hubiera correspondido reformar la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública y prevenir, con las debidas garantías, que un gobierno o un parlamento autonómico, o el gobierno estatal previo acuerdo mayoritario del CISNS, puedan restringir el derecho fundamental a la libertad de circulación o el derecho de reunión. En este sentido resulta especialmente criticable que el CISNS aprobara la «Declaración de Actuaciones Coordinadas en Salud Pública para responder ante situaciones de especial riesgo por transmisión no controlada de infecciones causadas por el SARS-Cov-2» que se publicó el 30 de septiembre de 2020 y que restringía la libertad de circulación sin una previa habilitación legal.

Por otra parte, en el segundo de alarma de ámbito nacional es el Congreso el que debería haber fijado los criterios de limitación de derechos fundamentales, porque es a él al que le corresponde establecer «el alcance y las condiciones vigentes durante la prórroga» (art. 6 LOEAES). En este sentido, resulta criticable la «Declaración de Actuaciones coordinadas» de 22 de octubre ya que fue el CISNS —y no el Congreso— el que aprobó los niveles de alerta y las medidas a tomar en cada caso, que incluían la restricción de derechos fundamentales.

Si bien la descentralización de la gestión sanitaria en España supuso sin duda una mejora de las instalaciones y medios sanitarios, incluso en las Comunidades que tenían menor dotación sanitaria como Extremadura, Castilla-La Mancha o Galicia (RODRÍGUEZ-VIGIL, 2008: 390-391), resulta imprescindible hoy resolver los déficits que tenemos en cooperación y coordinación sanitaria para garantizar la cohesión del sistema.

VI. BIBLIOGRAFÍA

- CIERCO SEIRA, C. (2018): *Vacunación, libertades individuales y Derecho público. Ensayo sobre las principales claves para la regulación de la vacunación pública en España*. Marcial Pons.
- (2019): «Las vicisitudes del calendario único de vacunación». *Derecho y Salud*, 29 (extra 1), 154-168.
- DE LA QUADRA-SALCEDO JANINI, T. (2021): «Un balance sobre la conflictividad y la cooperación en la resolución de las controversias competenciales». En COLINO (coord.). *Retos de la gobernanza multinivel y la coordinación en el estado autonómico: de la pandemia al futuro*, INAP.
- GARCÍA-ESCUADERO MÁRQUEZ, P. (2021): «Crisis sanitaria y modelo autonómico». En J. TUDELA ARANDA (Coord.): *Estado Autonómico y Covid-19: Un ensayo de valoración general*, Colección Obras Colectivas, Fundación Manuel Giménez Abad, Zaragoza.
- GUILLÉN LÓPEZ, E. (2024): «Descentralización territorial, estado de alarma y Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud». En GALERA VICTORIA, A. (coord.): *La cuestión territorial en España un debate necesario*, Editorial Comares, Granada.
- HERNÁNDEZ-MORENO, Jorge (2021): «La gestión institucional de la crisis de covid-19: coordinación intergubernamental e intersectorial en las políticas de sanidad y servicios sociales». En COLINO (coord.): *Retos de la gobernanza multinivel y la coordinación en el estado autonómico: de la pandemia al futuro*, INAP.
- LEÓN ALONSO, M. (2010): *La protección constitucional de la salud*, La Ley, Madrid, 2010.
- MARTÍN-SERRANO JIMÉNEZ, Enrique (2018): *El principio de cooperación como solución del Estado Autonómico. Una propuesta para la reforma (constitucional o no) del sistema público de protección social en España*, Comares.
- MONTILLA MARTOS, J. A. (2023): «El ejercicio de la coordinación estatal a través de las actuaciones coordinadas». *Revista de Estudios Políticos*, 202, 105-135.
- MORENO FUENTES, F. J., PERNA, R., CRUZ-MARTÍNEZ, G. y MENARD, G. (2022): *Movilidad de pacientes en el SNS: equilibrios políticos, institucionales y financieros*. Instituto Nacional de Administración Pública (INAP).
- MUÑOZ MACHADO, S. (1982): *Derecho Público de las Comunidades Autónomas*, Madrid: Civitas.
- NOGUEIRA LÓPEZ, A. (2020): «Confinar el coronavirus. Entre el viejo derecho sectorial y el derecho de excepción». *El Cronista del Estado Social y Democrático de Derecho*, núms. 86-87, marzo-abril 2020.

- PEMÁN GAVÍN, J. M. (2024): «Debilidades en la cohesión sanitaria. Un balance tras dos décadas de vigencia de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud». *Revista de Estudios de la Administración Local y Autonómica*, 21.
- RAMOS GALLARÍN, Juan A. y ALDA FERNÁNDEZ, Mercedes (2021): «Las relaciones de cooperación entre comunidades autónomas: un balance centrado en el periodo 2004-2020». En COLINO (coord.): *Retos de la gobernanza multinivel y la coordinación en el estado autonómico: de la pandemia al futuro*, INAP.
- RODRÍGUEZ-VIGIL RUBIO, J. L. (2008): *Integración o desmoronamiento. Crisis y alternativas del Sistema Nacional de Salud español*. Thomson Reuters-Civitas.
- SÁENZ ROYO, E. (2010): «La estructura organizativa territorial del sistema de atención a la dependencia y relaciones de cooperación interadministrativa». En GONZÁLEZ ORTEGA, S. et. al.: *Informe sobre la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, Fundación Democracia y Gobierno Local.
- (2021): «Cooperación y coordinación en el Estado autonómico: la experiencia pandémica, déficits y posibles reformas». En COLINO, C. (coord.): *Retos de la gobernanza multinivel y la coordinación en el Estado autonómico*, Madrid: INAP.
 - (2021b): «Estado Autonómico y Covid-19». *Teoría y Realidad constitucional*, 48.
 - (2022): *La financiación de la sanidad y de la educación en el Estado Autonómico. Reformas necesarias a la luz de la experiencia comparada*, Marcial Pons.
 - (2024): «Financiación sanitaria en España y rendición de cuentas: la historia de muchos déficits». *Revista de Derecho Político*, núm. 119.
- SOLOZÁBAL ECHEVARRÍA, J. J. (2021): «Algunas consideraciones constitucionales sobre el estado de alarma». En Biglino Campos, P. y Durán Alba, J. F. (dirs.): *Los efectos horizontales de la Covid-19 sobre el sistema constitucional: estudios sobre la primera ola*, Fundación Manuel Giménez Abad/ Universidad de Valladolid, Obras Colectivas núm. 18.
- TAJADURA TEJADA, J. (2020): «Derecho de crisis y Constitución». *El País*, 20 de marzo de 2020. En línea: https://elpais.com/elpais/2020/03/16/opinion/1584364474_350250.html (Consulta: 4 mayo 2021).
- VÁQUER CABALLERÍA, M. (2004): «La coordinación y el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud». En L. J. PAREJO ALFONSO, A. PALOMAR OLMEDA y M. VÁQUER CABALLERÍA (coords.): *La reforma del Sistema Nacional de Salud. Cohesión, calidad y estatutos profesionales*, Marcial Pons.