

# COOPERACIÓN Y COORDINACIÓN EN EL SECTOR SANITARIO: UNA EVALUACIÓN COMPARATIVA DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (CISNS)<sup>1</sup>

Cooperation and coordination in the health sector:  
A comparative assessment of the Intergovernmental  
Council of the National Health System (CISNS)

**CÉSAR COLINO**

Universidad Nacional de Educación a Distancia  
ccolino@poli.uned.es

**ELOÍSA DEL PINO**

Instituto de Políticas y Bienes Públicos  
eloisa.delpino@csic.es

**JORGE HERNÁNDEZ-MORENO**

Instituto de Políticas y Bienes Públicos  
jorgejose.hernandez-moreno@cchs.csic.es

## *Cómo citar/Citation*

Colino, C., Pino, E. del y Hernández-Moreno, J. (2025).  
Cooperación y coordinación en el sector sanitario:  
una evaluación comparativa del Consejo  
Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS).  
*Revista de Estudios Políticos*, 210, 325-370.  
doi: <https://doi.org/10.18042/cepc/rep.210.11>

## **Resumen**

El CISNS constituye para algunos un modelo de cooperación y coordinación dentro del sistema español de relaciones intergubernamentales. Para otros observadores, sin embargo, este órgano no ha llegado a cumplir las funciones que podrían esperarse de él y encarna bien todos los problemas y deficiencias de los que adolece nuestro modelo territorial. A partir de la reciente pandemia, este debate se ha

---

<sup>1</sup> Este estudio se ha beneficiado del proyecto de investigación «Reformas institucionales de los sistemas multinivel: paradigmas, condicionantes, procesos y resultados» (REINSIST) Ref. PID2020-116102GB-I00, financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación.

intensificado, con datos y argumentos que podrían respaldar ambas posiciones. Sin embargo, hasta el momento carecemos de una evaluación sistemática del rendimiento real de este órgano en términos de su capacidad de orientación intergubernamental de la gobernanza del sistema sanitario y sus similitudes con órganos análogos en otros países. Este artículo propone y aplica exploratoriamente un marco analítico original adaptado de los estudios de gobernanza sanitaria y relaciones intergubernamentales para evaluar el funcionamiento y rendimiento del CISNS, tratando de medir cuatro funciones clave de su rendimiento intergubernamental esperable: dirección y visión política, inclusión de actores interesados, información e inteligencia y legislación y regulación. A partir de un examen comparativo de órganos similares y el análisis de datos y documentos disponibles, el estudio revela que el CISNS presenta algunas limitaciones estructurales en ciertas funciones y ocupa una posición intermedia en efectividad con respecto a otros consejos intergubernamentales de sanidad.

### **Palabras clave**

Relaciones intergubernamentales; federalismo; federalismo sanitario; gobernanza sanitaria; cooperación territorial; coordinación intergubernamental; CISNS; Conferencias sectoriales; políticas de salud pública; políticas sanitarias.

### **Abstract**

For some, the Intergovernmental Council of the National Health System (CISNS) could be regarded as a model of cooperation and coordination within the Spanish system of intergovernmental relations. For other observers, however, this body has failed to fulfill the functions that might be expected of it and epitomizes all the problems and shortcomings of the Spanish territorial model. Since the recent pandemic, this debate has intensified, with data and arguments supporting both views. However, to date, there has been no systematic assessment of this body's actual performance in terms of its capacity for intergovernmental stewardship in health system governance and its similarities with comparable bodies abroad. This article proposes and applies, in exploratory fashion, an original analytical framework adapted from studies of health governance and intergovernmental relations, to assess the functioning and performance of the CISNS, seeking to measure four key functions of its expected intergovernmental capacity: policy and vision, stakeholder voice, information and intelligence, and legislation and regulation. Drawing on a comparative review of similar intergovernmental councils and the analysis of available data and documents, the study reveals that the CISNS shows some structural limitations in certain functions and ranks in the middle in terms of effectiveness compared to other intergovernmental health councils.

### **Keywords**

Intergovernmental relations; federalism; health federalism; health governance; territorial cooperation; intergovernmental coordination; CISNS; Intergovernmental councils; public health policies; healthcare policies.

## SUMARIO

---

I. INTRODUCCIÓN: FUNCIONAMIENTO Y RENDIMIENTO DEL CISNS COMO ÓRGANO DE COOPERACIÓN Y COORDINACIÓN. II. DIAGNÓSTICOS Y SOLUCIONES. LA CONTROVERSIA SOBRE EL CISNS: 1. Cuatro temas subyacentes en la literatura jurídica y politológica: visiones optimistas y visiones críticas: 1.1. *Sus fines ambiguos y la tensión en su definición de roles*. 1.2. *Los productos de su proceso decisorio y su eficacia real*. 1.3. *Su diseño institucional y recursos*. 1.4. *Su contribución a la cohesión del Sistema Nacional de Salud*. 2. Diagnósticos implícitos y falta de modelos claros en las propuestas de reforma. 3. ¿Qué sabemos sobre el rendimiento y los retos de los consejos intergubernamentales de salud en otros sistemas federales? III. UN MARCO DE ANÁLISIS DE LAS FUNCIONES DE GOBERNANZA Y CAPACIDAD DE ORIENTACIÓN INTERGUBERNAMENTAL: 1. Hacia una concepción medible de las funciones de gobernanza de los consejos intergubernamentales. 2. El marco de funciones de gobernanza sanitaria adaptado. 2.1. *Cuatro funciones y capacidades para evaluar los consejos intergubernamentales*. 2.2. *Indicadores para evaluar las capacidades intergubernamentales de los consejos intergubernamentales sanitarios*. IV. DISEÑO INSTITUCIONAL, PODER Y DINÁMICAS INTERNAS DEL CISNS EN PERSPECTIVA COMPARADA: 1. Evolución histórica y marco normativo del CISNS. 2. Diseño institucional. 3. Procesos y dinámicas operativas. 4. El CISNS en perspectiva comparada. V. EVALUACIÓN DE LAS CUATRO FUNCIONES Y CAPACIDADES INTERGUBERNAMENTALES DEL CISNS: 1. Un análisis exploratorio de las cuatro funciones de gobernanza: 1.1. *Dirección y visión políticas*. 1.2. *Inclusión de actores interesados*. 1.3. *Información e inteligencia*. 1.4. *Legislación y regulación*. 2. Identificación comparativa de puntos fuertes y debilidades. VI. CONCLUSIONES Y ALGUNAS RECOMENDACIONES DE REFORMA: 1. Hallazgos y utilidad del marco analítico. 2. Recomendaciones para mejorar el diseño y funcionamiento del CISNS. BIBLIOGRAFÍA.

---

## I. INTRODUCCIÓN: FUNCIONAMIENTO Y RENDIMIENTO DEL CISNS COMO ÓRGANO DE COOPERACIÓN Y COORDINACIÓN

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) constituye un caso paradigmático para el análisis de la cooperación y la coordinación en nuestro Estado autonómico. Como una de las pocas conferencias sectoriales creadas y reguladas por ley, el CISNS se distingue del resto de órganos de cooperación intergubernamental por su superior nivel de institucionalización y

actividad. Tradicionalmente ha sido una de las conferencias sectoriales con mayor número de reuniones, mayor participación de ministros y consejeros y más acuerdos adoptados, contando con un entramado de órganos de segundo y tercer nivel más desarrollado que otras conferencias sectoriales. Sin embargo, esta aparente institucionalización y productividad contrasta con las persistentes críticas sobre su funcionamiento real y su capacidad efectiva de coordinación frente a retos acuciantes y problemas nuevos de las políticas públicas sanitarias, generando un debate académico sobre la brecha entre el diseño formal y el rendimiento práctico de los mecanismos de cooperación y coordinación intergubernamental en España.

Los desafíos de política pública y gestión que afronta el CISNS no son excepcionales en el panorama internacional de órganos intergubernamentales de salud. Más allá de los retos estructurales clásicos, los órganos de cooperación y coordinación sanitaria se enfrentan a desafíos específicos comunes que evidencian la complejidad de la gobernanza multinivel en temas sanitarios. Por poner solo unos ejemplos, las desigualdades territoriales en riqueza o recursos fiscales llevan a desigualdades persistentes entre regiones en el acceso a servicios especializados, listas de espera e indicadores de mortalidad infantil u otros, que la mayor parte de la ciudadanía no suele tolerar bien (Consejo Económico y Social, 2024). Las diferencias en capacidad administrativa llevan a desigualdades regionales en *expertise* técnica para implementar políticas de salud o gestionar hospitales, y a variaciones en los sistemas de información sanitaria que afectan a la interoperabilidad de los sistemas y a la atención de los pacientes nacionales desplazados (Moreno *et al.*, 2022). Las disparidades territoriales en recursos humanos se manifiestan en diferencias en capacidad de formación de profesionales o en la concentración de especialistas en grandes centros urbanos o en ciertas regiones, mientras la competición desleal de los Gobiernos por atraer profesionales médicos ofertando salarios desproporcionados genera desequilibrios de atención sanitaria (World Health Organization, 2023). El poder de las industrias farmacéuticas, por su parte, plantea desafíos adicionales para la coordinación sanitaria más allá de la necesidad de negociación coordinada de precios y compras comunes entre gobiernos y la evaluación conjunta de tecnologías sanitarias (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2018), por ejemplo, las estrategias comerciales de presión sobre gobiernos regionales para financiar medicamentos costosos e innovadores generan dinámicas competitivas problemáticas, que multiplican el gasto sanitario público y crean inequidades territoriales en el acceso a medicamentos. La gestión de enfermedades crónicas exige también coordinación entre niveles asistenciales e integración de servicios sanitarios y sociales para pacientes crónicos o mayores, lo que requiere decisiones coordinadas entre gobiernos con competencias compartidas (Bahle *et al.*, 2023; Del Pino y Moreno, 2025; Organisation for Economic Co-operation

and Development, 2023). La necesidad de un enfoque «One Health» para integrar políticas sanitarias, ambientales y agrícolas requiere coordinación intersectorial e intergubernamental a la vez (Greer y Lillvis, 2014). Por último, la gestión de crisis sanitarias locales o globales exige capacidades adaptativas y de coordinación extraordinarias para dar respuestas rápidas, territorialmente coherentes y equitativas y, por ejemplo, para gestionar las cadenas de suministro en emergencias (González, 2021; Ruano y Díaz-Tendero, 2023).

Esta enumeración sugiere que muchas críticas dirigidas al CISNS reflejan en muchos casos problemas inherentes a la coordinación intergubernamental en sistemas de salud descentralizados, más que deficiencias específicas de este órgano o del modelo español. No en vano, órganos equivalentes en países como Alemania, Canadá, Australia, o Suiza especialmente en momentos de crisis, se enfrentan a críticas llamativamente similares sobre su eficacia, transparencia y capacidad de coordinación. Con frecuencia, las críticas a estos órganos intergubernamentales son injustas, pues muchos resultados del sistema sanitario o de salud pública no dependen solo de su actividad, sino de factores estructurales más amplios o de decisiones tomadas por otros actores del sistema, como los responsables de la prestación de servicios o la financiación.

No obstante, frente a estos desafíos estructurales de la coordinación sanitaria, la literatura internacional sobre gobernanza sanitaria y relaciones intergubernamentales ha demostrado que el diseño específico de éstas resulta determinante para la efectividad de las respuestas. Wilson *et al.* (2004), demostraron empíricamente que diferentes configuraciones institucionales de la colaboración —jerárquicas, colaborativas o separadas— generan capacidades muy distintas para gestionar precisamente estos tipos de desafíos de coordinación territorial, políticas exitosas de salud pública y respuesta a crisis sanitarias. Por tanto, si bien la superación de estos desafíos no depende exclusivamente del desempeño de los consejos intergubernamentales, estos órganos pueden convertirse en piezas clave para su resolución cuando cuentan con el diseño institucional y los instrumentos adecuados, lo que enfatiza la potencial relevancia de estos órganos y abona la necesidad de un estudio más en detalle de su funcionamiento, rendimiento y potencial de mejora.

Además de a los retos comunes, el CISNS parece enfrentarse al desafío particular de una extraordinaria proliferación de propuestas de reforma que, sin embargo, no han logrado implementarse, como evidencia el dictamen de la Comisión Parlamentaria de Reconstrucción Social de 2020, aprobado por amplia mayoría, pero sin resultados tangibles cinco años después. Como muchos otros informes, éste tendía a ofrecer recomendaciones amplias sin especificar antes qué funciones concretas del CISNS requieren mejora ni haber medido su efectividad. La ausencia de diagnósticos específicos y empíricamente fundamentados sobre el rendimiento del CISNS en sus distintas

funciones de gobernanza y orientación o liderazgo del SNS dificulta, por tanto, el desarrollo de propuestas de reforma precisas, eficaces y políticamente viables que puedan superar los obstáculos de implementación. Y una de las principales dificultades para evaluar adecuadamente el rendimiento del CISNS es la ausencia de estándares claros sobre cuáles deberían ser sus objetivos y sus logros esperables. Los diagnósticos han carecido también frecuentemente de un marco comparativo robusto que considere órganos similares en otros sistemas federales o descentralizados y los retos o patologías similares a que se enfrentan. Además, parece evidente la ausencia de un modelo claro de futuro de cómo se quiere que sea el sistema de gobernanza del SNS, dejando a un lado la retórica habitual sobre la cogobernanza, la participación y la lealtad mutua.

Para superar estas limitaciones, es necesario establecer criterios de evaluación más realistas y contextualizados. La cuestión de fondo aquí es, por tanto, si las instituciones y el régimen de gobernanza multinivel de la sanidad que se ha ido desarrollando en España, del que el diseño y funcionamiento del CISNS constituye una pieza clave, es compatible con un adecuado desempeño en las funciones propias de una gobernanza sanitaria eficaz y equitativa. Para ello, las preguntas de investigación que guían este estudio son: ¿Cómo podemos medir y evaluar el desempeño y resultados de los consejos intergubernamentales de sanidad o salud en general? ¿Cuál ha sido el rendimiento y las capacidades del CISNS en la gobernanza del sistema sanitario español y qué propuestas de reforma se derivan de ese análisis?

Tras proponer un marco analítico adaptado para el análisis de estos órganos, este estudio intenta proporcionar una caracterización detallada de los rasgos formales e informales del CISNS, que ofrezca una valoración sistemática y ajustada, aunque sea de forma tentativa o exploratoria, de su desempeño en cuatro funciones esenciales de la gobernanza sanitaria, tratando de identificar sus puntos fuertes y debilidades. Se pretende contribuir así a la literatura científica sobre federalismo sanitario comparado y coordinación intergubernamental en sistemas sanitarios descentralizados o federales, así como a los estudios sobre nuestro sistema sanitario. La metodología combina un análisis institucional que utiliza múltiples fuentes de datos sobre el funcionamiento y productos de las instituciones de cooperación. Partiendo de la literatura secundaria jurídica y politológica sobre el CISNS, las fuentes del estudio han sido la legislación sanitaria estatal y autonómica, memorias, actas y acuerdos del CISNS, documentos de política sanitaria, el análisis de decisiones o programas o actuaciones específicas de los últimos años, así como la realización de entrevistas semiestructuradas a decisores del sector sanitario.

Este artículo aspira a ser una contribución a la vez analítica, al proponer un marco de evaluación desarrollando conceptos ya existentes y proporcionando indicadores empíricos medibles, y empírica, al contribuir a los estudios del

CISNS y el federalismo sanitario con un análisis sistemático de sus múltiples funciones y capacidades, así como a su ubicación comparativa. Este marco aspira a ser útil para evaluar órganos intergubernamentales en diferentes países y diferentes sectores. Sobre todo, contribuirá a producir recomendaciones de reformas institucionales basadas en el conocimiento sistemático.

El artículo se estructura en seis apartados. Tras esta introducción, la segunda sección revisa la literatura científica y los debates existentes sobre el CISNS, identificando cuatro temas centrales en el debate académico y ubicando las controversias en perspectiva comparativa internacional. La tercera sección desarrolla el marco conceptual o analítico, adaptando un modelo de funciones de gobernanza sanitaria para evaluar específicamente consejos intergubernamentales de salud. El cuarto apartado caracteriza el diseño institucional y las dinámicas y productos del CISNS en perspectiva comparada. La quinta sección constituye el núcleo empírico del artículo, evaluando sistemáticamente el desempeño en las cuatro funciones de gobernanza identificadas. Finalmente, el último apartado de conclusiones comenta los hallazgos y extrae conclusiones teóricas y prácticas, formulando algunas recomendaciones tentativas específicas para mejorar el funcionamiento del CISNS.

## II. DIAGNÓSTICOS Y SOLUCIONES. LA CONTROVERSIA SOBRE EL CISNS

La literatura académica sobre el CISNS se caracteriza por un predominio de estudios jurídicos, centrados en aspectos normativos y competenciales, con escasas contribuciones politológicas sistemáticas. Este apartado examina algunos de los temas en la controversia sobre el CISNS, examinando también las contribuciones de los expertos y la sociedad civil sobre el SNS y el CISNS, así como sus propuestas de reforma, situando las controversias españolas sobre este órgano de cooperación en perspectiva comparativa.

### 1. CUATRO TEMAS SUBYACENTES EN LA LITERATURA JURÍDICA Y POLITOLÓGICA: VISIONES OPTIMISTAS Y VISIONES CRÍTICAS

#### 1.1. *Sus fines ambiguos y la tensión en su definición de roles*

Según la visión optimista en la literatura científica, el CISNS ha mostrado capacidad de adaptación para evolucionar desde un órgano puramente cooperativo hacia uno con funciones de coordinación efectiva (Montilla Martos, 2023: 120). Esta evolución ha sido posible porque «la ley que regula esta conferencia prevé expresamente el ejercicio de la función coordinadora e,

incluso, el instrumento específico: las denominadas actuaciones coordinadas (art. 65 LCCSNS)». Pérez Medina (2020: 62) reconoce al CISNS como «la notable excepción» entre las conferencias sectoriales, considerándolo uno de los órganos que sí ha logrado los objetivos para los que fue creado.

Desde una visión más crítica y un enfoque más politológico, Razetti (2014) resaltaba la «confusión sobre el alcance de las decisiones del CISNS y su carácter vinculante», evidenciada en el litigio de la Audiencia Nacional de 2006, y destacaba la ambigüedad respecto a la naturaleza del CISNS: «La Ley lo define, simultáneamente, como un órgano de cooperación y de coordinación, sin que en la práctica se distinga cuando actúa de una u otra manera». También destacaba cómo el Tribunal Constitucional ha respaldado las atribuciones coordinadoras del Gobierno a través del CISNS, reconociendo su papel en «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».

Esta tensión estructural entre cooperación y coordinación refleja una contradicción fundamental en el diseño normativo del CISNS. Ridao (2021) considera que el CISNS se configuró principalmente como órgano de cooperación pero con importantes limitaciones, debido a la ambigüedad en el régimen de adopción de acuerdos donde «la exigencia de consenso en el art. 73 LCC chocaba con la posibilidad de acuerdos vinculantes». Palomar Olmeda (2021) identifica una inconsistencia clave: mientras que como conferencia sectorial debería operar mediante acuerdos cooperativos adoptables por mayoría, la Ley de Cohesión exige consenso para sus decisiones. Sáenz Royo (2024) señala que esta tensión ha provocado bloqueos sistemáticos en decisiones importantes, ya que el requisito del consenso otorga a cada comunidad autónoma un poder de veto efectivo. Pemán Gavín (2024) va más allá, cuestionando si la exigencia legal de consenso constituye una «autoconstricción legal de competencias constitucionales» del Estado. Esta tensión se ve agravada por la politización partidista del órgano. Razetti (2014) estudió empíricamente la marcada politización partidista del CISNS donde «las coaliciones siempre han sido entre partidos, y nunca «territoriales» [...] las decisiones del CISNS están «contaminadas» por las posturas de los partidos políticos». Velayos y Martín (2022) critican que la sanidad se haya convertido en un campo de batalla ideológico donde las posiciones autonómicas responden más a criterios de alineamiento político que a necesidades objetivas del sistema sanitario.

### ***1.2. Los productos de su proceso decisorio y su eficacia real***

Para algunos, el CISNS ha demostrado capacidad para producir resultados efectivos en áreas concretas. Pérez Medina (2020: 50) destaca la



formalización de acuerdos significativos en ámbitos como «la coordinación de posiciones sobre los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud» o «la coordinación del calendario de vacunaciones infantiles». Durante la pandemia, Sáenz Royo (2024) identifica la estrategia de vacunación como uno de los logros más destacables del período. La activación del mecanismo de «actuaciones coordinadas» durante la crisis sanitaria abrió una vía para la adopción de decisiones con carácter obligatorio (González 2021). Montilla (2023: 121) subraya que este mecanismo permite adoptar acuerdos vinculantes sin necesidad de consenso, lo que supone un avance en la capacidad decisoria del órgano. Varios autores han estudiado su papel durante la pandemia y los últimos estados de alarma y el régimen de cogobernanza, señalando las innovaciones regulatorias, sus sucesivos acuerdos aprobados y su destacado papel como pieza clave de la respuesta a las sucesivas olas y la vuelta a la normalidad después de la pandemia (Guillén López, 2024; Hernández-Moreno, 2021; Mattei y Del Pino, 2021; Pérez Medina (2022).

Desde un punto de vista politológico, el estudio empírico de Colino y Parrado (2009) aportaba una visión matizada al mostrar que la eficacia del CISNS no debe medirse únicamente por su capacidad para producir acuerdos formales vinculantes, documentando la existencia de una «dinámica político-administrativa doble» donde el nivel técnico-administrativo a menudo resulta más efectivo en la práctica cotidiana. El análisis empírico más reciente de Mondragón *et al.* (2015) también propone un marco evaluativo multinivel que considera tres dimensiones: formal-procedimental, sustantivo-político y de resultados. Desde esta óptica, destacan que aproximadamente el 60 % de los debates en el CISNS se centran en cuestiones informativas o deliberativas, cumpliendo funciones importantes de intercambio de información, aprendizaje mutuo y generación de confianza entre Administraciones.

Para otros, sin embargo, a pesar de algunos éxitos puntuales, la eficacia decisoria real del CISNS se ve seriamente comprometida por limitaciones estructurales y el comportamiento de los actores en el sistema. En su estudio comparativo con Italia, Razetti (2014) documentó empíricamente cómo el CISNS ha sufrido «bloques constantes derivados de su politización (su uso por parte del partido de la oposición para boicotear las políticas propuestas por el Gobierno)». Su funcionamiento «ha sido definido por la necesidad de alcanzar el consenso en el proceso de toma de decisiones», lo que ha dificultado la adopción de acuerdos cuando existe polarización política. Velayos y Martín (2022) señalan también las «situaciones de bloqueo por divisiones partidistas» que impiden la adopción de acuerdos operativos. Pérez Medina (2020: 46) menciona los casos de «abandono ocasional de reuniones» por parte de CC.AA. gobernadas por la oposición. Palomar Olmeda (2021) identifica problemas fundamentales de ejecución, señalando que incluso cuando

se adoptan acuerdos, estos carecen de «instrumentos ejecutivos directos» y de «capacidad de sustitución o asunción de las competencias» de las CC.AA. Sáenz Royo (2024) destaca que el CISNS no ha conseguido establecer mecanismos efectivos para la movilidad de pacientes entre CC.AA. El *Informe CES* (2024: 246) concluye que, incluso durante la pandemia y «pese a esta ingente labor, el CISNS no fue suficientemente eficaz como instrumento para adoptar decisiones homogéneas». Esta visión pesimista, por último, parecen compartirla las conclusiones de la propia Comisión de Reconstrucción del Congreso, cuando afirma en su punto 3.1 que «la pandemia ha puesto de relieve las dificultades en la coordinación entre las comunidades autónomas y el Ministerio de Sanidad a la hora de proponer y hacer operativas políticas sanitarias comunes, así como para disponer de la información necesaria en situaciones de crisis».

### 1.3. Su diseño institucional y recursos

Para algunos, la arquitectura institucional del CISNS, con su estructura piramidal de tres niveles (Pleno, Comisión Delegada y grupos técnicos), representa un diseño adecuado para combinar decisiones políticas y trabajo técnico. Pérez Medina (2020: 25) destaca al CISNS como el mejor ejemplo de organización jerárquica similar al Consejo de la UE, «con un completo conjunto de órganos de apoyo que celebraron en 2018 un total de 61 reuniones». El *Informe CES* (2024: 246) señala que, durante la pandemia, el CISNS demostró capacidad para intensificar su actividad, multiplicándola «casi por cuatro respecto al año anterior» en 2020, con «un total de 236 reuniones». Este incremento afectó a todos sus niveles organizativos, destacando la Comisión de Salud Pública que pasó de celebrar 11 reuniones en el año 2019 a celebrar 51 en el año 2021. Razetti (2014) reconocía que «el CISNS ha conseguido desarrollar y consolidar su estructura a lo largo del tiempo, creando órganos técnicos y comisiones que permiten trabajar aspectos concretos de la política sanitaria», experimentando un notable desarrollo y continuidad. Colino y Parrado (2009) subrayaban la creación por parte del CISNS de redes profesionales entre técnicos de diferentes Administraciones que facilitan la cooperación cotidiana. Este efecto de «informalidad efectiva» contribuye significativamente a su funcionamiento real, más allá de las estructuras formales.

Para otros, a pesar de su diseño formal e institucionalización, el CISNS presenta deficiencias estructurales importantes. El *Informe CES* (2024: 252) identifica deficiencias organizativas señalando que «actualmente coexisten en el sistema un elevado número de organismos, órganos y grupos de trabajo, sin que en todos los casos haya un marco normativo que defina sus competencias y funciones; evite solapamientos innecesarios; y contemple un diseño de

conjunto del sistema». Palomar Olmeda (2021) señala que la mayoría de estos órganos «adolecen de débil institucionalización y excesiva vinculación a la organización del Ministerio», limitando su independencia y operatividad. Entre los problemas específicos menciona «falta de autonomía para ordenar su actividad, excesiva dependencia de los medios humanos y materiales puestos a su disposición por el Ministerio, y elevado condicionamiento por el calendario y prioridades políticas del departamento». Pemán Gavín (2024) subraya la insuficiencia de medios y la escasez de recursos. Esta carencia obedece a la «escasa prioridad política de la sanidad», manifestada en «términos de elevada rotación de ministros de Sanidad» y en la «ausencia de referencias a la salud en los discursos sobre el estado de la Nación».

#### ***1.4. Su contribución a la cohesión del Sistema Nacional de Salud***

Para algunos observadores, el CISNS ha conseguido avanzar en determinados aspectos que favorecen la cohesión del sistema, como la cooperación y la planificación en materia de salud pública. Durante la pandemia, proporcionó un foro imprescindible para la coordinación, especialmente en la estrategia de vacunación donde se logró mantener criterios unificados. Como señalaban Colino y Parrado (2009) el CISNS ha contribuido a crear «redes profesionales entre técnicos de diferentes administraciones» que facilitan la cooperación cotidiana y generan canales de comunicación que trascienden las diferencias políticas. Esta función de «generación de confianza» supone una importante contribución a la cohesión del sistema.

Para otros, sin embargo, la capacidad del CISNS para contribuir a la cohesión del SNS ha sido muy limitada frente a las tendencias centrífugas que han caracterizado la descentralización sanitaria española. Razetti (2014) documentaba cómo el CISNS ha sido incapaz de «reflexionar sobre cuestiones de política general, la organización y el futuro del SNS» debido a la politización. Velayos y Martín (2022) sostienen que la descentralización sanitaria ha sido impulsada principalmente por intereses políticos nacionalistas sin atender a criterios de eficiencia o equidad, conduciendo a un «desmantelamiento del Sistema Nacional de Salud ante la ausencia de mecanismos de control y coordinación». Pemán Gavín (2024) señala también como evidencia de esta insuficiencia del CISNS el caso de la interoperabilidad y cohesión tecnológica del sistema, que «no se ha logrado pese a múltiples reuniones de grupos de trabajo sobre historia clínica digital, receta electrónica interoperable y otros sistemas de información». Para Rey del Castillo (2024) el problema no es sólo del CISNS sino un problema estructural del modelo de descentralización sanitaria española, que priorizó el traspaso de competencias sin crear los mecanismos institucionales necesarios para garantizar la cohesión y coordinación efectiva del

sistema, lo que se manifiesta en deficiencias actuales en la organización autonómica y central de los servicios de Salud Pública y vigilancia epidemiológica o en la imposibilidad de disponer de datos sobre personal sanitario, material, camas de UCI, o incidencia real de las enfermedades. Sáenz Royo (2024) señala que el CISNS ha fracasado en «establecer mecanismos efectivos para la movilidad de pacientes entre CC. AA.». El *Informe CES* (2024: 252), por último, recuerda que «persiste el reto de integrar las decisiones del CISNS con las del Ministerio de Hacienda, para reducir las desigualdades en salud y en el acceso a las prestaciones del SNS», evidenciando así la falta de instrumentos efectivos para garantizar la equidad entre territorios.

## 2. DIAGNÓSTICOS IMPLÍCITOS Y FALTA DE MODELOS CLAROS EN LAS PROPUESTAS DE REFORMA

El sistema sanitario español ha sido objeto de una extraordinaria proliferación de informes y recomendaciones de reforma, lo que evidencia tanto la persistencia de sus problemas estructurales como la dificultad para implantar soluciones consensuales y efectivas. Como documenta el análisis de Fusté y Fernández (2023), «más de 30 años y más de 50 informes sobre reforma del sistema sanitario» han proliferado desde la creación del SNS, abarcando desde el pionero *Informe Abril Martorell* de 1991 hasta informes más recientes, como el *Dictamen de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica* (Congreso de los Diputados, 2020). Esta abundante literatura incluye contribuciones de organismos públicos (Consejo Económico y Social, 2024); asociaciones (Organización Médica Colegial, SESPAS, IMAS, POP, FADSP); consultoras especializadas (Antares Consulting, Price Water House Coopers); fundaciones (Fundación Economía y Salud, con sus *106 medidas que mejoran el sector de la salud*), y expertos académicos (Freire y Repullo, 2022; Lobo, 2025; Rey del Castillo, 2024; Sabando *et al.*, 2020).

Esta proliferación de análisis se enfrenta a problemas fundamentales que limitan su utilidad práctica y efectividad transformadora. En muchos casos carecen de diagnósticos explícitos sobre las causas de los problemas identificados y de estándares claros de comparación con sistemas similares o modelos exitosos específicos en los que basar las recomendaciones. En primer lugar, como señala Lobo (2025: 32), muchos de estos informes «fundamentalmente propositivos no desarrollan ampliamente el diagnóstico de los problemas del SNS ni de sus componentes, ni contienen datos concretos», centrándose primordialmente en «recomendaciones y medidas para la acción» sin una base analítica sólida. En segundo lugar, prevalece un patrón de repetición temática: los informes coinciden sistemáticamente en identificar áreas problemáticas similares (organización del sistema, financiación, cartera de servicios, modelo

de gestión asistencial, profesionales, gestión de la demanda, farmacia, gestión de la eficiencia y la calidad), pero divergen significativamente en las soluciones propuestas (Fusté y Fernández, 2023).

Más problemático aún es el déficit de seguimiento y evaluación de impacto. Incluso informes ambiciosos, como el *Dictamen de la Comisión Parlamentaria de Reconstrucción* en 2020 no han tenido «ningún seguimiento formal, ni se han rendido cuentas sobre el cumplimiento de sus recomendaciones» (Lobo, 2025: 32). Esta carencia de mecanismos de rendición de cuentas genera un círculo vicioso donde cada crisis sanitaria produce nuevos informes que diagnostican problemas ya identificados previamente, sin que exista evaluación sistemática de por qué las recomendaciones anteriores no fueron implementadas o resultaron inefectivas.

En el caso específico del CISNS, esta proliferación de informes se ha traducido en propuestas recurrentes de reforma institucional que van desde modificaciones reglamentarias menores hasta transformaciones radicales hacia la *cogobernanza*. Sin embargo, la ausencia de consenso sobre el modelo organizativo deseado perpetúa la acumulación de diagnósticos sin implantación efectiva de soluciones.

### 3. ¿QUÉ SABEMOS SOBRE EL RENDIMIENTO Y LOS RETOS DE LOS CONSEJOS INTERGUBERNAMENTALES DE SALUD EN OTROS SISTEMAS FEDERALES?

¿Son las críticas y desafíos del CISNS excepcionales en perspectiva comparativa? A pesar de que no existen en la literatura científica análisis comparativos explícitos sobre los consejos intergubernamentales de sanidad o salud pública, ni evaluaciones sistemáticas de ellos como institución que hayan analizado su efectividad o resultados, el análisis de la discusión política y académica en otros países federales, especialmente a partir de la pandemia, muestra cómo las críticas dirigidas al CISNS no son exclusivas del caso español, sino que reflejan desafíos comunes a los órganos de coordinación intergubernamental en el ámbito sanitario, aunque también diferencias significativas en el diseño y funcionamiento de estos órganos y su rendimiento.

Por referirnos a los países más similares a España, en Alemania, la Conferencia de Ministros de Salud (GMK) se enfrenta a una tensión permanente entre la necesidad de decisiones uniformes y el respeto a la autonomía de los *Länder*. Las leyes federales no pueden anular los poderes estatales en política sanitaria sin consenso, limitando significativamente la capacidad del Gobierno federal para imponer estrategias unificadas. Esta rigidez se evidenció durante la pandemia de COVID-19, cuando los estados implementaron medidas divergentes a pesar de directrices federales comunes. Tras los fallos de comunicación

durante la pandemia H1N1 de 2009, la GMK revisó el Plan Nacional de Pandemia, pero la COVID-19 reveló persistentes brechas en la coordinación intergubernamental (Gerlinger, 2024; Gress y Heinemann, 2018; Person *et al.*, 2023; Schmitt *et al.*, 2023; Zeeb *et al.*, 2025). En 2024, fue un acuerdo de la GMK el que permitió la decisión de fortalecer el servicio de salud pública (ÖGD) extendiendo la financiación más allá de 2026 y estableciendo un grupo de trabajo federal-estatal para proponer reformas estructurales a largo plazo (Gesundheitsministerkonferenz (GMK), 2024).

En Canadá, la Conferencia Federal-Provincial-Territorial de Ministros de Salud muestra tensiones similares en el carácter principalmente no vinculante de los acuerdos alcanzados. Los resultados dependen del cumplimiento voluntario y el acuerdo mutuo, limitando la efectividad de las iniciativas nacionales. Las provincias mantienen una defensa férrea de sus competencias constitucionales, mientras que el Gobierno federal ejerce influencia principalmente a través de la financiación condicionada (Arpin *et al.*, 2024; Fierlbeck y Lahey, 2013; Marchildon, 2014; 2018; McIntosh *et al.*, 2004; McIntosh, 2023). No obstante, el acuerdo de financiación sanitaria de 2023, en el que la Conferencia de Ministros ha tenido un papel central, ha supuesto la inversión federal más significativa en sanidad canadiense en más de dos décadas, con 25 000 millones de dólares durante diez años para acuerdos bilaterales centrados en expandir el acceso a servicios de salud familiar, apoyar trabajadores sanitarios, mejorar el acceso a servicios de salud mental y modernizar el sistema sanitario con datos estandarizados y herramientas digitales (Canadian Medical Association, 2024).

En Australia, el sistema federal distribuye las responsabilidades sanitarias entre diferentes niveles gubernamentales creando un *patchwork* de responsabilidades que frecuentemente conduce a ineficiencias en la asignación de recursos y retrasos en las respuestas a crisis sanitarias. La falta de un control central efectivo se ha identificado también como una debilidad estructural, aunque el sistema de consejos intergubernamentales, reformados en los últimos tiempos, ha mostrado gran adaptabilidad a los cambios y las crisis y ha servido para llegar a acuerdos con cierta capacidad vinculante para todos los estados. El Health Ministers Meeting actúa de órgano coordinador que decide sobre reformas, aplica las estrategias nacionales de mejora de la salud descritas en los planes de trabajo anuales y ejecuta las tareas delegadas por el National Cabinet (Australian Government, 2020; Duckett, 2022).

Este breve repaso comparativo permite establecer expectativas más realistas sobre las capacidades de estos órganos. Los estudios ponen de relieve cómo, en el mejor de los casos, estos consejos han sido capaces de generar consensos técnicos sobre estándares y protocolos sanitarios y han facilitado el intercambio de buenas prácticas y coordinado respuestas a crisis sanitarias,

además de articular valores y principios compartidos del sistema, proporcionando un foro de diálogo técnico-político entre niveles de gobierno. Sin embargo, también muestran como en muchos otros casos, estos órganos encuentran limitaciones para equilibrar las necesidades de coordinación nacional y autonomía territorial, para imponer políticas uniformes cuando existen fuertes divergencias políticas o territoriales, o para alcanzar y garantizar la implementación coherente de acuerdos y resolver disparidades estructurales arraigadas. La constatación de estas capacidades y limitaciones habituales permiten desarrollar un marco analítico más sofisticado para su evaluación sistemática, contribuyendo así tanto al conocimiento académico como al debate público sobre la reforma de las instituciones de coordinación intergubernamental sanitaria en España.

### III. UN MARCO DE ANÁLISIS DE LAS FUNCIONES DE GOBERNANZA Y CAPACIDAD DE ORIENTACIÓN INTERGUBERNAMENTAL

#### 1. HACIA UNA CONCEPTUACIÓN MEDIBLE DE LAS FUNCIONES DE GOBERNANZA DE LOS CONSEJOS INTERGUBERNAMENTALES

Para comprender y evaluar el rol de los consejos intergubernamentales en el sistema sanitario puede recurrirse, en primer lugar, a una literatura creciente sobre gobernanza de los sistemas sanitarios y varios marcos que tratan de identificar las funciones que los sistemas de gobernanza deberían cumplir, identificando ciertas actividades, responsabilidades y deberes. Por ejemplo, el marco TAPIC desarrollado por Greer *et al.* (2019) proporciona varios principios complementarios: transparencia, accountability, participación, integridad y capacidad operativa. Según este enfoque, «las líneas de actuación de mejora de la gobernanza dependerán del nivel de la toma de decisiones considerado», distinguiendo entre nivel macro (política sanitaria), nivel meso (gestión sanitaria) y nivel micro (gestión clínica). Otros marcos desarrollados o indicadores de rendimiento para medir la gobernanza de los sistemas sanitarios muestran diferentes énfasis en dimensiones institucionales, de capacidad y de rendimiento (ver los marcos desarrollados por la OCDE (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2024)<sup>2</sup>.

Asimismo, la evaluación de los consejos intergubernamentales de salud puede beneficiarse de la creciente literatura científica sobre orientación o

<sup>2</sup> Para una revisión panorámica de la literatura y los marcos sobre gobernanza sanitaria, véase Greer y Singer (2024); Pyone *et al.* (2017), y Rajan *et al.* (2022).

rectoría (*stewardship*) sanitaria Así, Travis *et al.* (2002) conceptualizan la orientación como la función que abarca la «generación de inteligencia, formulación de dirección política estratégica, aseguramiento de herramientas para la implementación, construcción de coaliciones/construcción de alianzas, propiciar el ajuste entre objetivos políticos y estructuras y cultura organizativa, y asegurar la rendición de cuentas». Sheikh *et al.* (2020), por ejemplo, han desarrollado esta aproximación identificando múltiples roles de gobernanza de los ministerios de Sanidad, que pueden adaptarse al estudio de los roles y capacidades de los consejos intergubernamentales en salud. Estos incluyen dimensiones de capacidad estructural, potestad, personal, de rendimiento y de supervisión.

## 2. EL MARCO DE FUNCIONES DE GOBERNANZA SANITARIA ADAPTADO

Junto con los anteriores, el marco más útil nos parece el de Papanicolas *et al.* (2022) sobre funciones de gobernanza sanitaria (*Health System Performance Assessment HSPA*), que ofrece una base sólida para adaptar estos conceptos al análisis de los consejos intergubernamentales. Su diferenciación entre «gobernanza general» y «gobernanza de funciones específicas» del sistema sanitario, como la gobernanza, la generación de recursos, la financiación y la prestación de servicios es particularmente relevante, ya que los consejos de salud se centran sobretudo en la primera. Como explican los autores, «las actividades relacionadas con la gobernanza (adopción de decisiones, establecimiento de políticas y reglas, regulación) vinculadas únicamente a una función y que contribuyen al rendimiento de esa función se sitúan en la intersección entre la gobernanza y otra función del sistema sanitario», mientras que «la planificación sanitaria nacional general [...] formaría parte de la función de gobernanza general porque afecta y dirige todas las actividades dentro del sector sanitario». Nuestro foco sería, por tanto, en las cuatro subfunciones de la gobernanza general sanitaria que este marco identifica, adaptadas para evaluar los consejos intergubernamentales de salud (véase Rajan *et al.*, 2022).

La adaptación de este marco de gobernanza general al análisis de los consejos intergubernamentales requiere considerar e incorporar las particularidades de la gobernanza multinivel. Los consejos intergubernamentales operan principalmente en el nivel macro, donde corresponde la regulación, planificación, financiación y organización sanitaria» (Consejo Económico y Social, 2024). Sin embargo, su naturaleza intergubernamental les confiere características distintivas que requieren identificar diferentes variables e indicadores específicos, lo que puede hacerse con la ayuda de la literatura politológica empírica sobre federalismo sanitario (Marchildon y Bossert, 2018; Fierlbeck y Palley, 2016), y en especial los estudios sobre consejos intergubernamentales, relaciones intergubernamentales y coordinación, que ha identificado las



funciones esenciales de estos y cómo medirlas, así como los factores de contexto que las afectan y sus consecuencias (Behnke y Mueller, 2017; Inwood *et al.*, 2011; Schnabel, 2022; Person *et al.*, 2023; Wilson *et al.*, 2004).

## **2.1. Cuatro funciones y capacidades para evaluar los consejos intergubernamentales**

Basándonos en esta literatura científica, podemos identificar varias funciones que se traducen en ciertas capacidades definitorias para los consejos intergubernamentales de salud.

### **DIRECCIÓN POLÍTICA Y VISIÓN INTERGUBERNAMENTAL**

Esta función se reconceptualiza como la capacidad para generar «marcos de política estratégica» consensuados entre niveles de gobierno. Sheikh *et al.* (2020) identifican que esta capacidad requiere tanto «potestad» (autoridad apropiada para tomar decisiones) como «capacidad estructural» (foros de adopción de decisiones apropiados y mecanismos de rendición de cuentas). Para los consejos intergubernamentales, esto implica por ejemplo capacidad de planificación estratégica coordinada, mecanismos de implementación de acuerdos que respeten la autonomía territorial, procedimientos de resolución de conflictos intergubernamentales, y mantenimiento de coherencia de políticas.

### **INCLUSIÓN DE ACTORES INTERESADOS EN CONTEXTOS MULTINIVEL**

La construcción de coaliciones en contextos intergubernamentales presenta complejidades adicionales. Como señala la literatura sobre federalismo sanitario, debe equilibrarse la representación territorial con la participación de *expertise* técnica y social. Los consejos deberían desarrollar capacidades como una representatividad territorial equilibrada, mecanismos de participación no gubernamental que operen a múltiples niveles, transparencia de procesos deliberativos intergubernamentales, y capacidad de despolitización partidista específica en la arena intergubernamental.

### **INFORMACIÓN E INTELIGENCIA COMPARTIDA**

Esta función en contextos intergubernamentales requiere lo que Travis *et al.* (2002) denominan «generación de inteligencia», pero adaptada a la necesidad de coordinación entre sistemas de información territoriales. Bankauskaite y Novinsky (2010) señalan como ejemplo la importancia del *Conjunto mínimo de datos básicos para sistemas de información hospitalaria* como ejemplo

Tabla 1. *El marco analítico de evaluación de funciones de gobernanza sanitaria intergubernamental*

Función	Definición dimensiones y variables	Indicadores Operativos
1. Dirección Política y Visión		
1.1. Planificación estratégica y capacidad de construcción de acuerdos voluntarios	Capacidad de orientación estratégica intergubernamental: — Potencial del CISNS para ejercer liderazgo estratégico del SNS — Poder de articulación de una visión compartida entre niveles de gobierno — Capacidad de anticipación y preparación ante cambios contextuales	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tiempo medio de negociación hasta consenso</li><li>• % de CCAA que participan activamente en elaboración</li><li>• Número de rondas de negociación necesarias</li><li>• Ratio reuniones extraordinarias/ordinarias</li></ul>
1.2. Implementación de acuerdos y adhesión y compromiso post-acuerdos	Capacidad de ejecución intergubernamental efectiva: — Facultad del CISNS para asegurar cumplimiento de acuerdos — Instrumentos de coordinación vinculantes frente a recomendatorios — Mecanismos de resolución de incumplimientos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Actividad de comisiones de seguimiento de estrategias</li><li>• Continuidad de participación en subcomisiones de seguimiento</li><li>• Estabilidad temporal de grupos de trabajo temáticos</li><li>• Frecuencia de reuniones de seguimiento frente a reuniones de diseño</li></ul>
1.3. Gestión de disensos y conflictos	Capacidad de gestión de relaciones intergubernamentales: — Capacidad de gestión de asuntos políticos multinivel conflictivos — Gestión de relaciones con actores del sistema político — Diplomacia intergubernamental y construcción de coaliciones	<ul style="list-style-type: none"><li>• % de conflictos escalados a reuniones extraordinarias</li><li>• Uso de Comisión Delegada como mecanismo de mediación</li><li>• Mantenimiento de participación durante crisis</li><li>• Capacidad de mantener actividad en períodos de tensión</li></ul>
1.4. Coherencia de políticas	Capacidad de coordinación intersectorial: — Posibilidad del CISNS para coordinar con otras conferencias sectoriales — Gestión de interdependencias entre políticas públicas — Liderazgo en políticas transversales de salud	<ul style="list-style-type: none"><li>• Número de iniciativas conjuntas con otras conferencias sectoriales</li><li>• Coordinación con políticas sociales, educativas y económicas</li><li>• Participación en programas de “Salud en Todas las Políticas”</li></ul>
		.../...

.../...	Definición dimensiones y variables		Indicadores Operativos
Función			
2. Inclusión de actores interesados			
2.1. Representación territorial equilibrada	Capacidad de representación multinivel:		<ul style="list-style-type: none"><li>• Distribución de intervenciones por tamaño de CCAA</li><li>• Rotación efectiva en coordinación de grupos de trabajo</li><li>• Participación equilibrada en reuniones presenciales</li><li>• Distribución de liderazgos temáticos por territorio</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>— Efectividad del CISNS como arena de representación intergubernamental</li><li>— Equilibrio entre intereses nacionales y territoriales</li><li>— Gestión de asimetrías territoriales</li></ul>		
2.2. Participación no gubernamental e incorporación de grupos de intereses	Capacidad de construcción de coaliciones:		<ul style="list-style-type: none"><li>• % de recomendaciones del Comité Consultivo incorporadas</li><li>• Diversidad de perfiles profesionales en comités técnicos</li><li>• Estabilidad de participación de expertos independientes</li><li>• Influencia efectiva de evaluaciones técnicas especializadas</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>— Integración de actores del sistema sanitario en la gobernanza intergubernamental</li><li>— Gestión de relaciones con grupos de interés multiterritoriales</li><li>— Creación de redes profesionales interautonómicas</li></ul>		
2.3. Transparencia			
	Capacidad intergubernamental de rendición de cuentas:		<ul style="list-style-type: none"><li>• Existencia de informes anuales públicos del CISNS</li><li>• Mecanismos de rendición de cuentas frente a parlamentos autonómicos</li><li>• Claridad en atribución de responsabilidades por decisiones</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>— Mecanismos de rendición de cuentas del CISNS frente a los ciudadanos</li></ul>		
	<ul style="list-style-type: none"><li>— Transparencia de los procesos intergubernamentales</li><li>— Responsabilidad compartida frente a individual de decisiones</li></ul>		
2.4. Despolitización partidista			
	Capacidad de despolitización institucional:		<ul style="list-style-type: none"><li>• Estabilidad de funcionamiento durante transiciones electorales</li><li>• Predominio de criterios técnicos en comisiones especializadas</li><li>• Continuidad del personal técnico frente a cambios políticos</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>— Potencial del CISNS para funcionar como ámbito técnico frente a partidista</li></ul>		
	<ul style="list-style-type: none"><li>— Resistencia a ciclos electorales y cambios partidistas</li><li>— Cultura institucional profesional frente a partidista</li></ul>		
.../...			

.../...	Función		Definición dimensiones y variables		Indicadores Operativos	
3. Información e inteligencia	3. Información e inteligencia					
	3.1. Sistemas de información compartidos		Capacidad de inteligencia estratégica intergubernamental: — Potencial para generar conocimiento estratégico sobre el SNS — Capacidad de análisis comparativo territorial — Posibilidad de servir de observatorio del sistema sanitario		<ul style="list-style-type: none"><li>• % de sistemas interoperables funcionando efectivamente</li><li>• Frecuencia de reuniones de grupos de sistemas de información</li><li>• Participación autónoma en desarrollo de estándares técnicos</li><li>• Evolución de calidad de datos compartidos</li></ul>	
	3.2. Evaluación y aprendizaje basada en evidencia científica		Capacidad técnica colegiada: — Competencia técnica colectiva del CISNS — Integración de expertise multinivel — Uso de revisión por pares intergubernamental		<ul style="list-style-type: none"><li>• Número de evaluaciones técnicas independientes realizadas</li><li>• Participación de expertos científicos en comisiones especializadas</li><li>• Frecuencia de actualización de protocolos basada en evidencia</li><li>• Influencia de comisiones técnicas en decisiones finales</li></ul>	
	3.3. Monitorización comparativa		Capacidad de aprendizaje intergubernamental: — Capacidad del CISNS para facilitar aprendizaje entre CCAA — Difusión de mejores prácticas territoriales ( <i>benchmarking</i> ) — Creación de conocimiento colectivo		<ul style="list-style-type: none"><li>• Desarrollo conjunto de indicadores comparativos</li><li>• Participación equilibrada en sistemas de información comparativa</li><li>• Frecuencia de uso de rankings y análisis comparativos territoriales</li><li>• Uso constructivo frente a punitivo de comparaciones</li></ul>	
3.4. Respuesta a crisis	3.4. Respuesta a crisis		Capacidad de respuesta adaptativa: — Flexibilidad del CISNS para responder a contextos cambiantes — Capacidad de innovación institucional — Resiliencia ante crisis y perturbaciones		<ul style="list-style-type: none"><li>• Tiempo de respuesta coordinada ante emergencias sanitarias</li><li>• Intensidad de actividad durante crisis frente a períodos normales</li><li>• Mantenimiento de coordinación en crisis prolongadas</li><li>• Adaptación rápida de protocolos ante nuevas situaciones</li></ul>	
					.../...	

.../...

Función	Definición dimensiones y variables	Indicadores Operativos
4. Legislación y regulación		
4.1. Desarrollo normativo coordinado	Capacidad regulatoria colegiada: — Potencial de creación de marcos normativos consensuados — Potestad del CISNS para desarrollar “soft law” intergubernamental — Armonización regulatoria voluntaria frente a obligatoria	<ul style="list-style-type: none"><li>• Participación autonómica en elaboración de normas básicas</li><li>• Frecuencia de consultas intergubernamentales previas</li><li>• Tiempo dedicado a coordinación normativa en comisiones</li><li>• Grado de convergencia normativa territorial</li></ul>
4.2. Desarrollo de estándares consensuados	Capacidad de estandarización intergubernamental: — Potencial de creación de estándares técnicos consensuados — Desarrollo de criterios multinivel de calidad — Armonización de prácticas profesionales	<ul style="list-style-type: none"><li>• % de estándares desarrollados por consenso en comisiones técnicas</li><li>• Participación equilibrada de CCAA en definición de estándares</li><li>• Estabilidad temporal de estándares acordados</li><li>• Capacidad de adaptación territorial de estándares</li></ul>
4.3. Capacidad regulatoria y de observancia	Capacidad de asegurar cooperativamente la ejecución de la regulación — Habilidad para asegurar cumplimiento sin coerción directa — Uso de incentivos reputacionales y profesionales — Mecanismos de ejecución entre pares	<ul style="list-style-type: none"><li>• Efectividad de mecanismos de presión reputacional</li><li>• Uso de incentivos financieros cooperativos</li><li>• Sistemas de monitoreo mutuo entre CCAA</li></ul>
4.4. Adaptación coordinada a marcos y estándares supranacionales	Capacidad de representación y adaptación internacional: — Capacidad del CISNS para representar al SNS internacionalmente — Facultad de coordinación de posiciones en foros europeos e internacionales — Potencial de adaptación coordinada a estándares globales	<ul style="list-style-type: none"><li>• Coordinación en transposición de directivas europeas</li><li>• Participación conjunta en proyectos internacionales (PRTR)</li><li>• Desarrollo de posiciones comunes ante organismos internacionales</li><li>• Armonización en implementación de estándares internacionales</li></ul>

de esta función. Las dimensiones específicas incluirían el desarrollo de sistemas de información interoperables entre territorios, la capacidad de evaluación basada en evidencia que integre *expertise* multinivel, sistemas de monitorización o evaluación comparativa territorial (*benchmarking*) y la capacidad de respuesta coordinada a crisis sanitarias.

#### LEGISLACIÓN Y REGULACIÓN COORDINADA

Esta función se reinterpreta como la capacidad para desarrollar lo que Travis *et al.* (2002) denominan «asegurar herramientas para la implementación» en contextos donde la autoridad regulatoria está distribuida entre niveles de gobierno. Como señala la literatura, esto requiere «supervisión efectiva, regulación» que respete las competencias territoriales. Las dimensiones y capacidades adaptadas serían: el desarrollo normativo coordinado entre niveles de gobierno; el establecimiento de estándares comunes respetando diversidades territoriales; la capacidad regulatoria cooperativa (asegurar cumplimiento sin coerción directa), y la adaptación coordinada a estándares internacionales.

#### **2.2. Indicadores para evaluar las capacidades intergubernamentales de los consejos intergubernamentales sanitarios**

La operacionalización de estos indicadores se fundamenta en la literatura sobre indicadores de rendimiento de sistemas sanitarios, orientación sanitaria y relaciones intergubernamentales. Para identificar actividades específicas de cada función se pueden proponer indicadores observables cualitativos y cuantitativos que pueden ser medidos mediante el uso de las memorias anuales de actividad de estos órganos de cooperación, documentos oficiales y análisis sistemático de su actividad mediante entrevistas a los participantes y sus secretariados. El marco resultante puede proporcionar una evaluación sistemática específicamente adaptado al contexto intergubernamental español, pero de alcance comparativo. La Tabla 1 recoge una exposición sistemática y más detallada de estas funciones y posibles indicadores para medirlas.

### **IV. DISEÑO INSTITUCIONAL, PODER Y DINÁMICAS INTERNAS DEL CISNS EN PERSPECTIVA COMPARADA**

#### **1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y MARCO NORMATIVO DEL CISNS**

El CISNS fue creado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad de 1986, siendo una de las pocas conferencias sectoriales creadas y

reguladas por ley (Escribano Collado, 2003). Dotado de un reglamento de funcionamiento propio desde 1987, reformado y modificado en diversas ocasiones (1993, 1996 y 2003), el CISNS adolecía en sus comienzos de las carencias propias de las Conferencias Sectoriales de primera generación, utilizadas únicamente como órganos de comunicación e información. Además, el art. 47 de la LGS establecía una composición paritaria —un representante de cada una de las comunidades autónomas e igual número de miembros de la Administración General del Estado, lo que suponía un total de treinta y cuatro miembros— que garantizaba una posición de hegemonía del nivel central de gobierno, que además gestionaba directamente algo más del 40 % del gasto público en sanidad a través del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) (Sáenz Royo, 2024).

Esta posición de preponderancia y hegemonía de la Administración General del Estado en el CISNS desapareció con la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003, que modificó sustancialmente su naturaleza, composición y funciones. Esta reforma reconfiguró el CISNS como órgano permanente de dirección estratégica, coordinación, cooperación, comunicación e información del Sistema Nacional de Salud. Además, la reforma introducida por la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud modificó la composición del CISNS, integrado desde entonces por las personas titulares del Ministerio de Sanidad y de las consejerías competentes en materia de sanidad de las CC.AA. y ciudades con estatuto de autonomía.

Según lo dispuesto en la Ley 40/2015, las decisiones adoptadas por el CISNS pasaron a adoptar la forma de *acuerdos* (cuando suponen un compromiso de actuación para la consecución de objetivos comunes) y *recomendaciones* (cuya finalidad es expresar una opinión que oriente la actuación de todos los niveles de gobierno en un asunto determinado). No obstante, siguió existiendo bastante confusión de carácter competencial en torno a las decisiones del CISNS y las disposiciones y actuaciones llevadas a cabo por la Administración General del Estado en el ejercicio de sus competencias y responsabilidades. La distribución de competencias no permite ningún sistema formalizado de cogobernanza o de adopción de decisiones compartidas; casi siempre las decisiones adoptadas por el CISNS se corresponden con aspectos o cuestiones dictadas al amparo de las competencias coordinadoras del Estado.

Esta evolución en la naturaleza jurídica y normativa del CISNS refleja una tensión constante entre dos concepciones (políticas, jurídicas y técnicas) distintas de este órgano de colaboración: como órgano de cooperación voluntaria entre Administraciones iguales, y como instrumento de coordinación que permite al Estado ejercer funciones de dirección del Sistema Nacional de

Salud. Esta dualidad ha generado conflictos interpretativos que se han manifestado especialmente durante situaciones de crisis (González, 2021; Hernández-Moreno, 2021; Sáenz Royo, 2021; Guillén López, 2024).

2. DISEÑO INSTITUCIONAL

El diseño institucional actual del CISNS presenta características distintivas en perspectiva comparada. Su estructura organizativa, de acuerdo a lo establecido en su reglamento de funcionamiento interno, se articula en tres niveles principales: el Pleno (órgano decisorio máximo), la Comisión Delegada del CISNS (órgano de preparación técnica creado en 2003) y un amplio entramado de órganos de apoyo con diferentes denominaciones (comisiones, subcomisiones, grupos de trabajo o ponencias), integrados por representantes —habitualmente de nivel técnico— tanto del Ministerio de Sanidad como de todas las comunidades autónomas y ciudades con estatuto de autonomía (véase tabla 2). Esta arquitectura piramidal permite combinar la deliberación política de alto nivel con el trabajo técnico especializado, clave para la adopción de acuerdos intergubernamentales como la aprobación de diversas estrategias sanitarias nacionales o la fijación de los criterios de distribución de fondos.

Tabla 2. *Organización interna del CISNS*

Naturaleza y ámbito de funcional de actuación	Órganos de apoyo
Comisiones permanentes	<ul style="list-style-type: none"><li>• Comisión Delegada del CISNS</li><li>• Comisión de Salud Pública</li><li>• Comisión Permanente de Farmacia</li><li>• Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación</li><li>• Comisión de Recursos Humanos</li><li>• Comisión de Salud Digital</li><li>• Comisión de Atención Primaria y Comunitaria (CAPYCO)</li></ul>
Ámbito funcional de la Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del SNS ( <i>continua</i> )	<ul style="list-style-type: none"><li>• Comisión de Salud Digital</li><li>• Subcomisión de Servicios y Tecnologías para la Salud Digital</li><li>• Subcomisión del Sistema de Información del SNS</li><li>• Comité Técnico del Conjunto Mínimo Básico de Datos</li><li>• Grupo de Trabajo para la Base de Datos de Población Protegida por el SNS</li></ul>

.../...



.../...

Naturaleza y ámbito de funcional de actuación	Órganos de apoyo
<b>Ámbito funcional de la Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del SNS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupo de Trabajo para la Historia Clínica Digital del SNS</li> <li>• Grupo de Trabajo para el Sistema de Información de Atención Primaria</li> <li>• Grupo de Trabajo para la Receta Electrónica Interoperable del SNS</li> <li>• Grupo de Trabajo para el Espacio Nacional de Datos de Salud</li> <li>• Comité Editorial del SNS</li> <li>• Comité de Casos de Uso del SNS</li> <li>• Grupo de Trabajo para la Unidad Técnica de la CIE-10</li> <li>• Comité Técnico de Seguimiento del Índice Nacional de Defunciones (INDEF)</li> <li>• Grupo de Trabajo para los Sistemas de Información de Atención Especializada</li> <li>• Grupo de Trabajo para el Sistema de Información de Listas de Espera</li> <li>• Grupo de Trabajo para el Registro General de Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios</li> <li>• Ponencia para el seguimiento del programa de Sostenibilidad, mejora de la eficiencia y acceso equitativo al SNS</li> <li>• Ponencia para la Transformación Digital de Atención Primaria</li> <li>• Ponencia para la Atención Digital Personalizada</li> <li>• Ponencia para la gestión integral de la vacunación en España</li> <li>• Ponencia para la integración con el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios (REPS)</li> </ul>
<b>Ámbito funcional de la Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud</b> (continua)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comisión de Salud Pública</li> <li>• Ponencia de Alertas de Salud Pública y Planes de Preparación y Respuesta</li> <li>• Ponencia de Cribado Poblacional</li> <li>• Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones</li> <li>• Ponencia de Promoción de la Salud</li> <li>• Ponencia de Salud Laboral</li> <li>• Ponencia de Sanidad Ambiental</li> <li>• Ponencia de Vigilancia Epidemiológica</li> <li>• Ponencia del Registro Estatal de Enfermedades Raras</li> </ul>

.../...

.../...

Naturaleza y ámbito de funcional de actuación	Órganos de apoyo
<b>Ámbito funcional de la Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ponencia de Vigilancia de Cáncer</li> <li>• Ponencia de Vacunación y Salud Internacional</li> <li>• Ponencia de Seguridad Alimentaria: Importación y Exportación</li> <li>• Grupo de Trabajo de sanidad mortuoria</li> <li>• Grupo de Trabajo de comunidades autónomas de equidad en salud y población gitana</li> <li>• Grupo de Trabajo de prevención del consumo de alcohol</li> <li>• Grupo de Trabajo de prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor</li> <li>• Grupo de Trabajo sobre la prevención de la reincidencia en personas conductoras que consumen sustancias psicoactivas</li> <li>• Grupo de Trabajo del Plan de Capacitación de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS</li> <li>• Grupo de Trabajo de responsables de tabaquismo</li> <li>• Grupo de gobernanza de tuberculosis</li> <li>• Grupo de gobernanza de Hepatitis C</li> <li>• Grupo de Trabajo de Muestras Biológicas</li> <li>• Comisión Nacional de coordinación y seguimiento de programas de prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual</li> <li>• Comisión Estatal de Coordinación de la Eutanasia</li> <li>• Comisión contra la Violencia de Género (COVIGE)</li> <li>• Comisión frente a la Violencia en los Niños, Niñas y Adolescentes</li> <li>• Comités Institucionales y Técnicos de las Estrategias en Salud</li> </ul>
<b>Relaciones con la Unión Europea</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comisión de asuntos relacionados con los Consejos de la UE (CARCUE)</li> </ul>
<b>Ámbito funcional de la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia</b> (continua)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comisión de seguimiento del Fondo de Cohesión Sanitaria</li> <li>• Comité de designación de centros, servicios y unidades de referencia</li> <li>• Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación</li> </ul>

.../...

.../...

Naturaleza y ámbito de funcional de actuación	Órganos de apoyo
Ámbito funcional de la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia	<ul style="list-style-type: none"><li>• Comité Asesor para la prestación ortoprotésica</li><li>• Comité Asesor para prestaciones con productos dietéticos</li><li>• Comité Asesor para la Cartera Común de Servicios en el Área de Genética</li><li>• Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS (RedETS)</li><li>• Comisión Permanente de Farmacia</li><li>• Grupo de utilización de medicamentos opioides en dolor crónico no oncológico</li><li>• Grupo de elaboración de protocolos y guías de práctica clínica y asistencial para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos por parte de los enfermeros</li></ul>
Ámbito funcional de la Organización Nacional de Trasplantes	<ul style="list-style-type: none"><li>• Comisión de Trasplantes</li><li>• Subcomisión Nacional de Seguridad de Órganos, Tejidos y Células</li><li>• Subcomisión de Docencia y Evaluación de las Subvenciones de Actividad y Formación</li><li>• Subcomisión de Conflictos y Transparencia</li><li>• Subcomisión de Trasplantes de Progenitores Hematopoyéticos</li><li>• Comité de Expertos en Progenitores Hematopoyéticos</li><li>• Subcomisión de seguimiento del Plan Nacional de Médula Ósea</li><li>• Subcomité de tipajes HLA</li><li>• Subcomisión de seguimiento del Plan Nacional de Sangre de Cordón Umbilical</li><li>• Comité Técnico de seguimiento del Plan Estratégico Nacional de Tejidos</li><li>• Comité de Evaluación de la Innovación de Células y Tejidos Humanos</li></ul>

Fuente: elaboración propia a partir de la Memoria 2024 del CISNS. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/consejoInterterri/docs/actividadCisns24.pdf>

Las reglas formales de funcionamiento establecen que las decisiones se adopten por consenso, lo que otorga a cada comunidad autónoma un poder de veto efectivo en la adopción de decisiones estatales. Esta regla, aunque diseñada para asegurar el respeto a la autonomía territorial, ha demostrado ser

problemática en situaciones donde se requieren decisiones rápidas o cuando existen preferencias fuertemente divergentes. Por ejemplo, durante varios años se bloquearon decisiones como la fijación de la cartera común de servicios o la puesta en marcha de los mecanismos de intercambio electrónico de información clínica y salud individual (historia clínica digital o la receta electrónica interoperable (Sáenz Royo, 2024: 147). Otro de los aspectos distintivos del diseño institucional del CISNS es la presidencia fija del Ministerio de Sanidad establecida por ley. Este criterio en la composición y el funcionamiento del CISNS contrasta con otros modelos internacionales. Esta característica refuerza el papel central de la Administración General del Estado, pero puede limitar el sentido de copropiedad del órgano por parte de las CC.AA., a pesar de que la Vicepresidencia, en cambio, puede ser desempeñada por uno de los representantes de éstas.

### 3. PROCESOS Y DINÁMICAS OPERATIVAS

Los datos de actividad del CISNS revelan pautas relevantes sobre su funcionamiento a lo largo de los años. Desde su constitución en 1987, el CISNS ha sido un órgano estable en sus reuniones anuales, celebrando una media de tres o cuatro sesiones al año desde hace décadas. De hecho, desde que se tienen registros de forma sistematizada, sus niveles de actividad son los más altos de todas las conferencias sectoriales. En este sentido, la evolución temporal de reuniones muestra una capacidad notable de adaptación: de 35 reuniones totales en 2019 se pasó a ciento catorce en 2020 (incremento del 325 % por COVID-19), estabilizándose en sesenta reuniones en 2024. En los últimos 15 años, este órgano ha celebrado un total de 217 sesiones, con una media anual de 14,46 encuentros. Este patrón evidencia flexibilidad organizativa pero también dependencia de la voluntad política y de las circunstancias externas. La ratio de reuniones extraordinarias sobre ordinarias proporciona un indicador de la capacidad de respuesta a crisis versus funcionamiento rutinario. En 2024, el 69 % de las reuniones del Pleno fueron extraordinarias, sugiriendo un funcionamiento predominantemente reactivo más que planificado. El uso sistemático de la Comisión Delegada como filtro previo al Pleno indica la existencia de mecanismos de preparación técnica que facilitan la búsqueda de consensos antes de las decisiones formales. Esta dinámica puede contribuir a la efectividad, pero también puede ralentizar los procesos decisorios.

### 4. EL CISNS EN PERSPECTIVA COMPARADA

El CISNS presenta características distintivas dentro del espectro de consejos u órganos intergubernamentales de salud de federaciones y sistemas multinivel (ver Tabla 3). A diferencia de la mayoría de los otros modelos

Tabla 3. *Diseño institucional y reglas de funcionamiento de algunos consejos intergubernamentales de salud*

Características	España (CISNS)	Alemania (GMK)	Canadá (FPT Health Ministers' Meeting)	Australia (HMM/ National Cabinet)	Suiza (Conferencia de directores Cantonales (GDK/CDS))
Base legal	Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del SNS	Base convencional no legislativa (acuerdo político)	Acuerdos intergubernamentales (Canada Health Act como marco)	National Health Reform Agreement	Concordato intercantonal (tratado horizontal)
Naturaleza jurídica	Órgano colegiado del Estado	Conferencia ministerial sin personalidad jurídica	Foro intergubernamental sin personalidad jurídica	Consejo ejecutivo dentro del Executive Council	Organización con personalidad jurídica propia
Creación	1987 (regulado en 2003)	1948	1957	2020 (reemplazó al COAG Health Council)	1919
Composición	1 Ministro central + 17 Consejeros autonómicos + 2 ciudades autónomas	16 Ministros de los Länder + Ministro federal (invitado sin voto)	13 Ministros PT (provincial/territorial) + 1 Ministro federal	1 Primer Ministro federal + 6 Primeros Ministros estatales + 2 de territorios	26 Consejeros cantonales + representante federal (invitado)
Presidencia	Fija (Ministro de Sanidad) Vicepresidencia un Consejero autonómico elegido por sus pares	Rotativa anual entre Länder	Co-presidencia (federal y PT rotativa)	Primer Ministro federal (permanente) con co-coordinación rotativa estatal	Elegida entre miembros por 2 años (renovable)
Frecuencia reuniones	Mínimo 4 veces/año (media real: 7)	Mínimo 2 veces/año (media real: 3-4)	2 veces/año ordinarias + extraordinarias	Mensual desde COVID (antes trimestral)	4 veces/año (más asambleas regionales)
Convocatoria	Ministro (o 1/3 miembros)	Presidente rotativo (o 5 miembros)	Co-presidentes (o 4 miembros)	Primer Ministro (o mayoría de estados)	Comité directivo (o 7 cantones)
.../...					

.../...

Características	España (CISNS)	Alemania (GMK)	Canadá (FPT Health Ministers' Meeting)	Australia (HMM/ National Cabinet)	Suiza (Conferencia de directores Cantonales (GDK/CDS))
Adopción de decisiones	Consenso (no vinculante); desde 2020 mayoría para actuaciones coordinadas	Unanimidad o mayoría de 13/16 según materia	Consenso (sin votación formal)	Mayoría cualificada con voto ponderado por población	Según materia: mayoría simple, mayoría de 18/26 o unanimidad
Valor de acuerdos	Recomendaciones (excepto acciones coordinadas en salud pública)	Vinculantes para participantes en acuerdo unánime	Declaraciones de intención (implementación voluntaria)	Vinculantes con sistema de incentivos financieros	Diferenciados: recomendaciones, directrices vinculantes o decisiones obligatorias
Estructura técnica	Secretaría dentro del Ministerio + comisiones técnicas	AOLG (Grupo de Trabajo Permanente) + comités especializados	Secretariado permanente independiente	Secretaría del Departamento PM&C + comités técnicos	Secretaría general profesionalizada independiente (30+ personal)

*Fuente:* elaboración propia basada en páginas web de los consejos, documentos y comunicados oficiales y bibliografía secundaria.

tomados en consideración, el CISNS se fundamenta en una base legal sólida (Ley 16/2003) y se configura como un órgano colegiado del Estado, mientras que en países como Alemania o Canadá estos consejos operan bajo acuerdos políticos o intergubernamentales sin personalidad jurídica propia. En cuanto a la composición y presidencia, el CISNS destaca por su presidencia fija en manos del ministro de Sanidad, contrastando con los modelos rotatorios de Alemania, Canadá y Australia o el sistema electivo de Suiza. Esta característica refleja un mayor peso del Gobierno central en la coordinación sanitaria española, mientras que otros sistemas federales han optado por estructuras más horizontales que otorgan mayor protagonismo a las entidades subnacionales.

Respecto a la adopción de decisiones y el valor vinculante de los acuerdos, el CISNS funciona principalmente por consenso y sus decisiones tienen carácter de recomendación (con la excepción de las actuaciones coordinadas en salud pública desde 2020). Este enfoque lo sitúa en una posición intermedia entre modelos con mayor capacidad vinculante como el australiano o el suizo, y sistemas más voluntarios como el canadiense. En cuanto a la estructura técnica, la secretaría técnica del CISNS depende organizativamente del Ministerio, mientras que sistemas como el alemán, canadiense o suizo han desarrollado secretarías más independientes. Esta dependencia puede limitar la capacidad del órgano para desarrollar una agenda propia y para proporcionar análisis técnicos independientes.

En suma, la comparación muestra que el CISNS español, a pesar de contar con una estructura formal similar a sus homólogos en otros sistemas federales o descentralizados, presenta diferencias significativas en aspectos clave que afectan a su efectividad como mecanismo de coordinación sanitaria. Así, es el único con presidencia fija gubernamental (no rotativa ni compartida), tiene la menor capacidad formal de implementación de sus acuerdos, presentando la vinculación más débil entre acuerdos y financiación y muestra la menor independencia de sus órganos técnicos de apoyo.

## **V. EVALUACIÓN DE LAS CUATRO FUNCIONES Y CAPACIDADES INTERGUBERNAMENTALES DEL CISNS**

### **1. UN ANÁLISIS EXPLORATORIO DE LAS CUATRO FUNCIONES DE GOBERNANZA**

Si bien muchos de los indicadores identificados requerirían mayor información, puede hacerse un primer acercamiento exploratorio para evaluar las funciones y capacidades intergubernamentales del CISNS usando las dimensiones e indicadores de nuestro marco analítico.

### 1.1. Dirección y visión políticas

El análisis de la capacidad de planificación estratégica del CISNS revela un rendimiento limitado en la construcción de acuerdos voluntarios vinculantes. Los datos de las memorias del CISNS muestran una notable capacidad de adaptación en la intensidad de negociación según el contexto. La evolución temporal evidencia flexibilidad organizativa: el tiempo medio de negociación hasta consenso varía significativamente según la complejidad de los temas, con múltiples rondas de negociación necesarias para asuntos controvertidos. En la práctica, el CISNS ha mostrado resultados desiguales en esta capacidad. Por un lado, ha logrado desarrollar instrumentos, como la Cartera de Servicios del Catálogo de Prestaciones del SNS, y establecer «criterios que garanticen un tiempo máximo de acceso a prestaciones» (Consejo Económico y Social, 2024: 244). Sin embargo, el análisis histórico revela deficiencias significativas: entre 1987-2002, sobre planes de salud solo se adoptaron siete acuerdos, trece sobre planificación y asistencia sanitaria y veinticuatro sobre política y evaluación sanitarias de un total de 294 acuerdos (Escribano, 2003: 21), evidenciando una clara desproporción hacia temas administrativos frente a la planificación estratégica.

La participación autonómica en la elaboración de propuestas muestra pautas desiguales. Mientras que la representación formal es equilibrada, la participación activa varía considerablemente entre CC.AA. y temas. El uso sistemático de la Comisión Delegada como mecanismo previo al Pleno (4 reuniones en 2024) evidencia procesos de preparación técnica, aunque la ratio de reuniones extraordinarias sobre ordinarias (69% en 2024) sugiere un funcionamiento predominantemente reactivo. La literatura académica ha solido señalar estas limitaciones. Bankauskaite y Novinsky (2010: 390) señalaban cómo los planes adoptados por el CISNS tienen forma de «recomendaciones» sin carácter vinculante directo, y que «los planes integrales requieren aprobación del CISNS, pero su implementación depende de la voluntad autonómica».

La evaluación de la implementación y el seguimiento revela mejoras significativas en mecanismos de seguimiento post-2020, aunque con variabilidad notable por área temática. Los datos muestran una intensificación de la actividad de comités de seguimiento: la Estrategia de Salud Mental 2022-2026 incrementó sus reuniones de seguimiento de una en 2023 a cinco en 2024. El Plan Nacional de Médula Ósea mantiene seguimiento continuo con reuniones anuales sistematizadas, y múltiples estrategias cuentan con comisiones activas. La estabilidad temporal de los grupos de trabajo especializados es considerable, con casos como el Subcomité de Tipajes HLA, que viene funcionando desde 2012. Sin embargo, persiste el problema histórico señalado por Bankauskaite y Novinsky (2010: 391): «Los acuerdos y las decisiones no han sido implementados en muchos casos», aunque la evidencia



sugiere mejoras sustanciales en la última década. La desvinculación entre acuerdos y financiación constituye una limitación estructural importante. Tras 2002, la financiación sanitaria se integró en el régimen general autonómico, eliminando la financiación específica sanitaria y limitando los instrumentos del CISNS para incentivar el cumplimiento.

En cuanto a la capacidad de resolución de conflictos, el CISNS muestra una evolución positiva hacia mayor cooperación, especialmente en niveles técnicos. El uso sistemático de la Comisión Delegada como filtro previo funciona como mecanismo de mediación efectivo. El mantenimiento de actividad técnica durante crisis (78 reuniones de órganos principales en 2024) demuestra capacidad de preservar la coordinación técnica incluso en períodos de tensión política. Durante la COVID-19 prevalecieron las relaciones formales de carácter vertical a nivel técnico y político, con colaboración y consenso como tónicas predominantes, contrastando con descripciones más pesimistas sobre confrontación política continua (González, 2021). No obstante, persiste la ausencia de procedimientos formales de mediación, recurriéndose frecuentemente a la gestión informal de conflictos o, en casos extremos, a la judicialización de controversias sanitarias.

En cuanto a la capacidad de producir políticas coherentes, la capacidad coordinadora del CISNS presenta limitaciones estructurales importantes. Aunque formalmente ejerce funciones de coordinación en asuntos en materia de sanidad, asistencia sanitaria, productos farmacéuticos y consumo en el seno de las Comunidades Europeas, persiste el reto de integrar las decisiones del CISNS con las del Ministerio de Hacienda, para reducir las desigualdades en salud (Consejo Económico y Social, 2024: 253). Además, se detecta «la exclusión de los órganos de coordinación de las funciones de control del gasto» (Escribano, 2003: 21), lo que limita su capacidad real de coordinación intersectorial. La coordinación intersectorial y la homogeneidad territorial presentan resultados modestos. El CISNS ha desarrollado reuniones e iniciativas conjuntas limitadas con otras conferencias sectoriales, como educación y agricultura, sobre todo durante la pandemia; no así con servicios sociales, lo que evidencia dificultades en general para abordar una visión integral de *salud en todas las políticas*. La coordinación con políticas sociales, educativas y económicas permanece limitada, reflejo del enfoque sectorial predominante en el diseño de conferencias sectoriales. Persisten diferencias territoriales significativas en prestaciones sanitarias y acceso a servicios, como señala la literatura académica.

## 1.2. Inclusión de actores interesados

El CISNS mantiene un equilibrio territorial formal adecuado, con representación igualitaria de todas las CC.AA., independientemente del tamaño

poblacional. Los datos muestran distribución equilibrada de liderazgos: diecisiete visitas presenciales a CC.AA. para evaluación PRI en 2023 evidencian rotación efectiva en coordinación de grupos de trabajo especializados. Sin embargo, el desequilibrio estructural post-2003, cuando se redujo la composición de treinta y cuatro a dieciocho miembros, eliminando así la paridad Estado-CC.AA., debilitó el papel del Gobierno central (Bankauskaite y Novinsky, 2010: 390-391). Esta reforma alteró el equilibrio de poder hacia las CC.AA., pero generó incertidumbres sobre el liderazgo estratégico del sistema. Sin embargo, durante la pandemia se evidenció que las decisiones fundamentales en lo sustancial hayan sido tomadas por el Gobierno y trasladadas posteriormente a las CC.AA. en el seno del CISNS, lo que relegaba la cogobernanza a una posición casi simbólica (Pérez Medina, 2022). Esta dinámica revela una brecha entre la participación formal y la participación efectiva en la adopción de decisiones.

En cuanto a la participación no gubernamental, la capacidad del CISNS para incorporar a la sociedad civil, profesionales sanitarios, pacientes y científicos presenta resultados ambiguos. Por un lado, ha desarrollado mecanismos estructurados de participación no gubernamental: el Comité Consultivo incluye treinta y dos miembros con representación de organizaciones empresariales (CEOE, CEPYME) y organizaciones sindicales (CCOO, UGT, ELA, Confederación Intersindical Gallega). Además, existe cierta participación científica estructurada, ya que el CISNS ha desarrollado también mecanismos significativos de incorporación de *expertise* no gubernamental, como el Comité de Expertos TPH, que incluye nueve miembros elegidos por sociedades científicas (SEHH, SEGO, Sociedades de Matronas en subcomisiones especializadas, etc.), habiéndose realizado cuarenta y siete evaluaciones de búsquedas de donantes más doce evaluaciones embrionarias en 2024. Este comité consultivo celebró cuatro reuniones en 2024 más cuatro reuniones adicionales de su Comisión Permanente.

La diversidad de perfiles es notable. Sin embargo, la participación de pacientes y consumidores permanece limitada, identificándose la necesidad de mayor involucración de pacientes en la adopción de decisiones según informes oficiales. Por ejemplo, según entrevistas con altos cargos durante la pandemia, la participación de expertos independientes en las sesiones deliberativas del CISNS fue muy limitada, manteniéndose centrada principalmente en los representantes institucionales, aunque sí contó con la presencia técnica del director del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias como funcionario especializado del propio ministerio, lo que contrasta con otros sistemas donde algunos expertos académicos independientes de diversas disciplinas participaron presencialmente en las sesiones de los órganos intergubernamentales de salud.

La transparencia en la actuación del CISNS presenta limitaciones importantes comparado con sistemas internacionales. Aunque se publican memorias

anuales de actividad con estadísticas de reuniones, existe limitado detalle sobre el contenido de las deliberaciones. Las reuniones se caracterizan por el secreto y falta de transparencia típico de las relaciones intergubernamentales, con mejoras durante la COVID-19, pero retorno a niveles previos posteriormente. La ausencia de mecanismos sistemáticos de rendición de cuentas frente a los Parlamentos autonómicos limita el control democrático de las decisiones intergubernamentales, contrastando con modelos más transparentes como el australiano o canadiense.

Por último, el CISNS muestra niveles altos de politización partidista que afectan su funcionamiento. A diferencia de sistemas como el suizo o el italiano, donde prevalece la relación institucional, en España «el juego intergubernamental se ha desarrollado claramente de acuerdo con una perspectiva partidista», reproduciendo dinámicas Gobierno/oposición en el seno del órgano (Razetti, 2014). La alta rotación ministerial (dieciséis ministros entre 2000-2022, cuatro entre 2018-2023) de partidos diferentes afecta a la continuidad de las políticas públicas. Sin embargo, se observa mayor continuidad del personal técnico frente a cambios políticos y predominio de criterios técnicos en las comisiones especializadas durante períodos no electorales.

### 1.3. Información e inteligencia

El CISNS muestra un cierto progreso en los sistemas de información compartidos y hacia la interoperabilidad, con múltiples sistemas en desarrollo coordinado. Los sistemas interoperables activos incluyen la *receta electrónica SNS* (cuatro reuniones en 2024); la *historia clínica digital*, con subgrupo activo (nueve reuniones para conjunto mínimo de datos), y el Sistema de Información de Atención Primaria, con reuniones regulares sobre calidad de datos. El desarrollo del Espacio Nacional de Datos de Salud evidencia una cierta coordinación en la gobernanza de datos aunque sigue habiendo áreas problemáticas.

En cuanto a la evaluación basada en evidencia, el CISNS ha desarrollado capacidad técnica significativa en áreas especializadas, con cuarenta y siete evaluaciones TPH más múltiples evaluaciones especializadas en 2024. Los comités técnicos especializados (Tipajes HLA, Evaluación Innovación, Expertos TPH) proporcionan evaluaciones independientes basadas en evidencia. Sin embargo, persiste una «ausencia de una verdadera cultura evaluadora en la administración» según el CES (2024: 254). La intervención de «una veintena de estructuras organizativas» en evaluación de medicamentos y tecnologías sanitarias genera problemas de coordinación y fragmentación.

En cuanto a la evaluación o monitorización comparativa, el desarrollo de capacidades comparativas se ha centrado en áreas especializadas, en función

de diversidad poblacional y sistemas de información, como SIAP para demoras y presión asistencial. Sin embargo, el uso es limitado para una mejora sistémica general. España presenta la menor transparencia comparativa territorial entre los países analizados, careciendo de rankings públicos entre CC.AA. y evitando el *benchmarking*, que opera de manera efectiva en sistemas como el australiano o suizo.

Por último, el CISNS ha demostrado una buena capacidad de respuesta y adaptación ante crisis. El incremento de actividad de treinta y cinco reuniones (2019) a 114 (2020) durante la COVID-19, y alguna innovación en los formatos de reunión horizontales o bilaterales en caso necesario evidencia una alta flexibilidad. El mantenimiento después de las crisis prolongadas (sesenta reuniones en 2024, postcrisis) muestra cierta sostenibilidad de la coordinación. La Ponencia de Alertas de Salud Pública con seis reuniones en 2024 y múltiples grupos VRS muestra protocolos específicos desarrollados.

#### 1.4. Legislación y regulación

El CISNS ha desarrollado una cierta coordinación normativa voluntaria pragmática, pese a limitaciones legales estructurales. La Comisión de Asuntos UE celebra dos reuniones anuales sistemáticas y existen procedimientos establecidos en múltiples grupos de trabajo para consultas intergubernamentales. Sin embargo, la ley no estipula explícitamente cómo debe llevarse a cabo esta coordinación, lo que dificulta su aplicación en la práctica. La variabilidad normativa entre CC.AA. permanece significativa, y la participación autonómica en elaboración normativa estatal es formal, pero con efectividad limitada.

En cuanto a la producción de estándares comunes, el CISNS muestra una cierta consolidación en el desarrollo de estándares consensuados, especialmente en áreas técnicas especializadas. Por ejemplo, el Comité de Designación de Centros de Referencia celebró seis reuniones en 2024, con representación autonómica equilibrada en definición de estándares técnicos. La estabilidad temporal de estándares desarrollados es considerable, con documentos de consenso renovados sistemáticamente en áreas especializadas (PNMO, tipajes HLA). Sin embargo, persiste heterogeneidad en los sistemas de acreditación, con algunas CC.AA. estableciendo sus propias entidades de acreditación.

La capacidad regulatoria del CISNS, por su parte, presenta debilidades estructurales importantes. Como señalaban Bankauskaite y Novinsky (2010, p. 397), «no podía regular a las CC.AA. para garantizar que sus políticas individuales no fueran perjudiciales». La ausencia de instrumentos financieros efectivos para incentivar cumplimiento, tras la integración de la financiación sanitaria en el régimen general autonómico, limitó considerablemente los mecanismos de ejecución disponibles. Asimismo, esta debilidad regulatoria

del CISNS se ha evidenciado en el hecho de que los acuerdos de actuaciones coordinadas adoptadas en el CISNS debían posteriormente trasladarse a la normativa interna de cada comunidad autónoma a través de un decreto o de un acuerdo de su Consejo de Gobierno, y no del Ministerio o el Gobierno —la autoridad coordinadora— para que tuvieran efecto sobre los ciudadanos (Guillen López, 2024).

Finalmente, en cuanto a la capacidad de adaptación a estándares internacionales, el CISNS ha desarrollado una buena capacidad de coordinación internacional, especialmente post-2020. La coordinación europea incluye la participación en proyectos PRTR, desarrollo de la primera Joint Inspection entre Estados Miembros UE y participación coordinada en organismos europeos. Los *webinars* sobre Reglamento SoHO y coordinación de directivas evidencian una implementación armonizada de normativa supranacional. La Comisión de Asuntos UE mantiene una actividad sistemática, facilitando posiciones comunes ante organismos internacionales.

## 2. IDENTIFICACIÓN COMPARATIVA DE PUNTOS FUERTES Y DEBILIDADES

La precedente evaluación sistemática del CISNS siguiendo el marco propuesto revela un resultado con puntos fuertes y debilidades. Las principales fortalezas se concentran en la capacidad adaptativa excepcional ante crisis (demostrada durante la COVID-19); el desarrollo significativo de *expertise* técnica en áreas especializadas; representación territorial equilibrada en funcionamiento operativo, y coordinación internacional robusta. Las debilidades más significativas incluyen la débil vinculación entre acuerdos y financiación; la alta politización partidista comparada con homólogos internacionales; transparencia limitada en procesos deliberativos, y una capacidad regulatoria insuficiente para asegurar cumplimiento de acuerdos.

En perspectiva comparativa internacional, el CISNS ocupa una posición intermedia en el espectro de efectividad, con rendimiento superior en adaptabilidad y coordinación técnica, pero inferior en institucionalización, transparencia y ejecución cooperativa comparado con otros modelos más desarrollados como el australiano, suizo o alemán. En relación con el grado y los mecanismos de participación de los actores no gubernamentales, el CISNS presenta un modelo de participación no gubernamental relativamente limitado, articulado principalmente a través del Comité Consultivo —integrado por representantes de la AGE, de la Administración local, de las organizaciones empresariales y de las organizaciones sindicales más representativas en el ámbito estatal—. Este órgano, aunque formalmente establecido, tiene un papel principalmente reactivo y su influencia en la adopción de decisiones es reducida en comparación con otros sistemas como el suizo o el alemán.

Tabla 4. Evaluación de algunas funciones del CISNS en perspectiva comparada

Funciones capacidades	España (CISNS)	Alemania (GMK)	Canadá (Conferencia de Ministros)	Australia (National Cabinet)	Suiza (GDK/CDS)
Participación no gubernamental	Comité Consultivo (participación limitada)	Sistema formal de consulta (cajas de seguro, médicos, pacientes)	Consumer Health Forum + participación de grupos indígenas	Consulta formal con grupos de interés y sector privado	Plataforma de diálogo permanente (aseguradoras, hospitales, asociaciones)
Transparencia	Actas públicas resumidas, sin deliberaciones	Actas públicas detalladas y comunicados	Transmisión parcial, documentos completos	Confidencialidad de deliberaciones, publicación de decisiones	Comunicados detallados y memorias de actividad
Evaluación	No sistemática	Evaluación periódica interna	Auditoría externa periódica	Evaluación formal cada 5 años	Evaluación anual externa
Flexibilidad territorial	No (aplicación uniforme)	Limitada (posibles reservas de Länder)	Posibles opt-outs provinciales	Posibles adaptaciones estatales	Concordatos regionales/ geometría variable
Coordinación horizontal	Conferencia Presidentes CCAA (débil o inactiva)	Reuniones horizontales previas sistemáticas	Council of the Federation (Fuerte pero infrecuente)	Council for the Australian Federation	Conferencias regionales estructuradas

Fuente: elaboración propia.

Mientras estos últimos han evolucionado hacia mecanismos de participación más institucionalizados, continuos y con mayor capacidad de influencia, el modelo español mantiene un enfoque más tradicional y limitado que podría beneficiarse de una mayor apertura a la participación de actores no gubernamentales en sus procesos deliberativos y decisorios.

En términos de transparencia y evaluación, el CISNS muestra un nivel intermedio de apertura, con actas públicas resumidas publicadas en sus memorias anuales, lo que es una excepción entre las conferencias sectoriales españolas, pero carece de mecanismos sistemáticos de evaluación, a diferencia de Australia o Suiza, que cuentan con procesos formales de evaluación periódica. Finalmente, en lo referente a la flexibilidad territorial y la coordinación horizontal, el CISNS presenta un modelo más uniforme y con menor capacidad de adaptación territorial que sus homólogos, especialmente en comparación con el sistema suizo de concordatos regionales o las posibilidades de *provincial opt-out* del modelo canadiense.

## VI. CONCLUSIONES Y ALGUNAS RECOMENDACIONES DE REFORMA

### 1. HALLAZGOS Y UTILIDAD DEL MARCO ANALÍTICO

La evaluación sistemática del CISNS mediante el marco de las cuatro funciones de gobernanza sanitaria usando algunos indicadores propuestos revela un órgano con una capacidad de orientación intergubernamental considerable, pero también con algunas limitaciones estructurales importantes en ciertas funciones que serían necesarias para una gobernanza sanitaria coordinada. Los principales hallazgos pueden sintetizarse en cuatro puntos clave.

- El CISNS ha desarrollado capacidades técnicas robustas en áreas especializadas, con sistemas de evaluación basada en evidencia y participación de *expertise* científica que superan a muchos de sus homólogos internacionales. La estabilidad de grupos de trabajo técnicos y la calidad de evaluaciones especializadas constituyen activos institucionales valiosos.
- Este órgano ha mostrado una capacidad adaptativa notable ante situaciones de crisis, como evidenció durante la pandemia de COVID-19 al multiplicar por tres su actividad y mantener la coordinación en condiciones extremas. Esta flexibilidad organizativa representa una fortaleza comparativa importante respecto a sistemas más rígidos.

- Persisten limitaciones estructurales significativas que constriñen la efectividad orientadora o coordinadora del CISNS. La alta politización partidista, la débil vinculación entre acuerdos y financiación y la limitada transparencia evaluación comparativa territorial contrastan desfavorablemente con modelos más desarrollados como el austriaco o suizo.
- El CISNS ocupa una posición intermedia en el espectro internacional de consejos intergubernamentales de salud, con rendimiento superior en adaptabilidad y coordinación técnica, pero inferior en institucionalización, garantía de ejecución cooperativa y despolitización, comparado con sistemas federales más consolidados.

El análisis comparativo revela también que España presenta un modelo más centralizado que sus homólogos internacionales, a pesar de la descentralización formal. La comparación internacional también evidencia que la politización partidista observada en el CISNS no es inevitable en todos los sistemas federales, como demuestran los casos alemán y suizo, donde predominan lógicas territoriales o técnicas sobre las partidistas. Factores como la cultura política, el diseño de incentivos y la profesionalización de las secretarías técnicas pueden modular significativamente este fenómeno. Además, sistemas como Australia y Suiza demuestran que la transparencia o evaluación comparativa (*benchmarking*) puede coexistir con la autonomía territorial, mientras que la innovación institucional observada en el modelo suizo de concordatos y la reforma australiana del National Cabinet muestran la capacidad de evolución institucional de estos órganos.

Este análisis presenta ciertas limitaciones que requerirán posteriores desarrollos. La dificultad de acceso público a ciertos datos o información confidencial sobre las dinámicas internas del CISNS requerirá en el futuro más entrevistas en profundidad con actores clave para medir algunos indicadores cuantitativos o cualitativos del marco. Asimismo, su carácter actualmente descriptivo no permite establecer relaciones causales entre diseño institucional y rendimiento, por lo que estudios posteriores deberían desarrollar, desde perspectivas explicativas y diseños comparativos, marcos analíticos con hipótesis comprobables sobre los efectos causales entre diseño institucional, dinámicas operativas y efectividad en las cuatro funciones identificadas.

## 2. RECOMENDACIONES PARA MEJORAR EL DISEÑO Y FUNCIONAMIENTO DEL CISNS

En todo caso, el análisis precedente de las capacidades del CISNS y la experiencia internacional ofrece algunas enseñanzas para las posibles reformas.



Del modelo alemán se pueden extraer mecanismos como la presidencia rotatoria, la coordinación horizontal y la mayor independencia técnica del Secretariado de la conferencia así como estrategias efectivas de despolitización. El modelo canadiense aporta la experiencia en vinculación entre acuerdos y financiación, así como esquemas innovadores de copresidencia federal-regional que equilibran las relaciones intergubernamentales. Australia ofrece algunas enseñanzas valiosas en transparencia comparativa, desarrollo de incentivos basados en resultados y capacidad de reforma estructural adaptativa. Finalmente, el modelo suizo proporciona experiencias en geometría variable, desarrollo de convenios vinculantes y cultivo de una cultura de consenso territorial. Basándonos en la evaluación realizada y la experiencia internacional comparada, y en consonancia con algunos de los trabajos analizados (Congreso de los Diputados, 2020; Consejo Económico y Social, 2024), podrían señalarse varias áreas que podrían ser objeto de reforma institucional para mejorar el desempeño en las cuatro funciones de gobernanza del CISNS analizadas aquí.

Por ejemplo, la revisión del sistema de adopción de acuerdos constituye quizá la reforma más urgente. La actual exigencia de consenso del art. 73.2 de la Ley 16/2003 debe sustituirse por mayorías cualificadas que eviten tanto el poder de veto unilateral como la imposición ministerial, reforzando la distinción jurídica entre funciones de coordinación y cooperación. El reforzamiento institucional y técnico requiere crear un Secretariado permanente y profesionalizado, con mayor autonomía respecto a los órganos del Ministerio de Sanidad, siguiendo los modelos alemán, canadiense o suizo, con capacidad para evaluar y monitorizar el cumplimiento de acuerdos por parte de todos los actores, y reorganizar la estructura interna racionalizando comisiones y grupos de trabajo, reforzando la Comisión Delegada. Asimismo, la vinculación con la financiación sanitaria implica recuperar instrumentos de financiación finalista para objetivos estratégicos consensuados, emulando los National Partnership Payments australianos o los Health Accords canadienses. También debería reforzarse el papel coordinador del CISNS en situaciones de crisis con protocolos específicos y unidades permanentes de gestión.

Otras reformas posibles y deseables podrían ser la mejora de la transparencia y la participación mediante publicación obligatoria de acuerdos y actas, así como una modernización de los sistemas de información con estándares obligatorios para la evaluación comparativa territorial, así como una mayor vinculación de su actividad con el Parlamento. Todas estas reformas deberán equilibrar el respeto a las competencias autonómicas con la cohesión del Sistema Nacional de Salud, fortaleciendo al CISNS mediante modificaciones graduales y consensuadas que aprovechen la experiencia acumulada y las lecciones de crisis recientes, en consonancia con las conclusiones de la Comisión de Reconstrucción, que abogaba por «repensar la institucionalidad actual

del CISNS para dotarle de capacidades adicionales como órgano colegiado del nuevo cogobierno de la sanidad española».

### Bibliografía

- Arpin, E., Quesnel-Vallée, A., Allin, S. y Marchildon, G. P. (2024). Canada's health care system: The promises and challenges of a federated system. En E. Arpin, A. Quesnel-Vallée, S. Allin y G. P. Marchildon. *Research Handbook on Health Care Policy* (pp. 393-417). Cheltenham: Edward Elgar. Disponible en: <https://doi.org/10.4337/9781800887565.00026>.
- Australian Government (2020). *Review of COAG Councils and Ministerial Forums. Report to National Cabinet*. Department of the Prime Minister and Cabinet. Disponible en: <https://is.gd/MihTIT>.
- Bahle, T., Ariaans, M., Koch, K. y Wendt, C. (2023). System-level coordination problems: Impact of the institutional structure. En *Healthcare and Elderly Care in Europe: Institutions, Challenges, and Solutions for Better Coordination* (pp. 122-137). Cheltenham: Edward Elgar. Disponible en: <https://doi.org/10.4337/9781802204070.00013>.
- Bankauskaite, V. y Novinsky, C. M. (2010). Stewardship of the Spanish National Health System. *The International Journal of Health Planning and Management*, 25 (4), 386-399. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/hpm.1046>.
- Behnke, N. y Mueller, S. (2017). The purpose of intergovernmental councils: A framework for analysis and comparison. *Regional and Federal Studies*, 27 (5), 507-527. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13597566.2017.1367668>.
- Canadian Medical Association (2024). *Assessing Canada's Health Accords 2000-2023: Buying Time or Buying Change?* The Association. Disponible en: <https://policybase.cma.ca/link/policy14495>.
- Colino, C. y Parrado, S. (2009). Análisis de la práctica y la dinámica de los procesos formales e informales de las relaciones intergubernamentales. En X. Arbós Marín (coord.), *Relaciones Intergubernamentales en el Estado autonómico: la posición de los actores* (pp. 135-298). Barcelona: Institut d'Estudis Autonòmics.
- Congreso de los Diputados (2020). *Conclusiones para la reconstrucción social y económica*. Congreso de los Diputados. Disponible en: <https://is.gd/QhssXK>.
- Consejo Económico y Social (CES) (ed.). (2024). *El sistema sanitario: Situación actual y perspectivas para el futuro*. Consejo Económico y Social. Disponible en: <https://is.gd/wtiz4s>.
- Del Pino, E. y Moreno-Fuentes, F. J. (2025). The challenge of policy integration and the complexity of care home responses to the COVID-19 pandemic in Europe. En E. del Pino y F. J. Moreno-Fuentes (eds.), *Long-Term Care and Older People in Western Europe* (pp. 1-23). Bristol: Policy Press. Disponible en: <https://doi.org/10.2307/jj.9692559.5>.
- Duckett, S. (2022). *The Australian Health Care System 6e EB*. Melbourne: Oxford University Press Australia.
- Escribano Collado, P. (2003). La cohesión del sistema nacional de salud. Las funciones del Consejo Interterritorial. *Revista Andaluza de Administración Pública*, 52, 11-34. <https://doi.org/10.46735/raap.n52.172>.

- Fierlbeck, K. y Lahey, W. (eds.) (2013). *Health Care Federalism in Canada*. Ontario: McGill-Queen's University Press. Disponible en: <https://doi.org/10.1515/9780773589414>.
- Fierlbeck, K. y Palley, H. A. (2016). *Comparative Health Care Federalism*. London: Routledge. Disponible en: <https://doi.org/10.4324/9781315573076>.
- Freire Campo, J. M. y Repullo Labrador, J. R. (2022). La arquitectura institucional que necesita el SNS post-covid del siglo XXI. *Temas para el Debate*, 328, 33-36.
- Fusté, J. y Fernández, R. (2023). Més de 30 anys i més de 50 informes sobre reforma del sistema sanitari: Tot dit i encara molt per fer! *Referent. Papers de la Fundació La Unió*, 20, 6-21. Disponible en: <https://www.uch.cat/documents/referent-20-def.pdf>.
- Gerlinger, T. (2024). Health policy in Germany. En *Research Handbook on Health Care Policy*. Cheltenham: Edward Elgar. Disponible en: <https://doi.org/10.4337/9781800887565.00032>.
- Gesundheitsministerkonferenz (GMK). (2024). *Beschluss: Beschluss der GMK 12.06.2024-13.06.2024*. Disponible en: <https://is.gd/wdsCOD>.
- González, A. (2021). La coordinación del Sistema Nacional de Salud en España: regulación y resultados en tiempos de pandemia. En C. Colino (ed.). *Retos de la gobernanza multinivel y la coordinación en el Estado autonómico. De la pandemia al futuro* (pp. 75-94). Madrid: Instituto Nacional de Administración Pública.
- Greer, S. L. y Lillis, D. F. (2014). Beyond leadership: Political strategies for coordination in health policies. *Health Policy*, 116 (1), 12-17. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.01.019>.
- Greer, S. L. y Singer, P. M. (2024). Governance and health policy. En M. Powell, T. I. Agartan y D. Béland (eds.). *Research Handbook on Health Care Policy* (pp. 156-169). Cheltenham: Edward Elgar. Disponible en: <https://doi.org/10.4337/9781800887565.00014>.
- Greer, S. L., Vasey, N., Jarman, H., Wismar, M. y Figueras, J. (2019). *It's the governance, stupid! TAPIC: A governance framework to strengthen decision making and implementation*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32045179/>.
- Gress, S. y Heinemann, S. (2018). Germany: The Increasing Centralization of the Health Care Sector. En G. P. Marchildon y T. J. Bossert (eds.). *Federalism and Decentralization in Health Care* (pp. 71-89). Toronto: University of Toronto Press. Disponible en: <https://doi.org/10.3138/9781487513566-007>.
- Guillén López, E. (2024). Descentralización territorial, estado de alarma y Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. En A. Galera Victoria (coord.). *La cuestión territorial en España: Un debate histórico, político y constitucional necesario* (pp. 125-145). Albolote: Comares.
- Hernández-Moreno, J. (2021). La gestión institucional de la COVID-19: coordinación intergubernamental e intersectorial en las políticas de sanidad y servicios sociales. En E. C. Colino (ed.). *Retos de la gobernanza multinivel y la coordinación del Estado autonómico: De la pandemia al futuro* (pp. 95-127). Madrid: Instituto Nacional de Administración Pública.
- Inwood, G. J., O'Reilly, P. L. y Johns, C. M. (2011). *Intergovernmental policy capacity in Canada: Inside the worlds of finance, environment, trade, and health*. McGill-Queen's University Press.

- Lobo, F. (2025). *El dictamen de la comisión parlamentaria de reconstrucción social y económica de 2020. ¿Una hoja de ruta para la sanidad española?* Investigaciones de FUNCAS. Madrid: FUNCAS.
- Marchildon, G. (2014). Health System Leadership and the Federal Role in Canada. *Health-care Papers*, 14 (3), 33-38. Disponible en: <https://doi.org/10.12927/hcpap.2015.24258>
- Marchildon, G. P. (2018). Health Care in Canada: Interdependence and Independence. En G. P. Marchildon y T. J. Bossert (eds.). *Federalism and Decentralization in Health Care* (pp. 43-70). Toronto: University of Toronto Press. Disponible en: <https://doi.org/10.3138/9781487513566-006>.
- Marchildon, G. P. y Bossert, T. J. (2018). An Introduction to Federalism and Decentralization in Health Care. En G. P. Marchildon y T. J. Bossert (eds.). *Federalism and Decentralization in Health Care* (pp. 3-15). Toronto: University of Toronto Press. Disponible en: <https://doi.org/10.3138/9781487513566>.
- Mattei, P. y Del Pino, E. (2021). Coordination and Health Policy Responses to the First Wave of COVID-19 in Italy and Spain. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 23 (2), 274-281. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13876988.2021.1878886>.
- McIntosh, T. (2023). Bilateral Federalism, Value-Based Healthcare and the Future of Canadian Intergovernmental Diplomacy on Health. *Healthcare Policy*, 18 (4). <https://doi.org/10.12927/hcpol.2023.27095>
- McIntosh, T., Forest, P. G. y Marchildon, G. P. (2004). Intergovernmental Cooperation Mechanisms: Factors for Change? En G. P. Marchildon, P. G. Forest y T. A. McIntosh (eds.). *The Governance of Health Care in Canada* (pp. 125-168). Toronto: University of Toronto Press.
- Mondragón Ruiz de Lezana, M. J., Elizondo Lopetegui, A., Peña Varona, A. de la, Juaristi Larrinaga, P., Mokoroa Arizkorreta, J. L. y Novo Arbona, A. (2015). *Análisis de las conferencias sectoriales (2001-2012): valores y percepciones de los agentes políticos y técnicos y dinámica de funcionamiento*. Madrid: Instituto Nacional de Administración Pública.
- Montilla Martos, J. A. (2023). El ejercicio de la coordinación estatal a través de las actuaciones coordinadas. *Revista de Estudios Políticos*, 202, 77-103. Disponible en: <https://doi.org/10.18042/cepc/rep.202.04>.
- Moreno Fuentes, F. J., Perna, R., Menard, G. y Cruz-Martínez, G. (2022). *Movilidad de pacientes en el SNS: equilibrios políticos, institucionales y financieros*. Madrid: Instituto Nacional de Administración Pública.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2018). *Pharmaceutical Innovation and Access to Medicines*. OECD. Disponible en: <https://is.gd/JQBR9X>.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2023). *Integrating Care to Prevent and Manage Chronic Diseases: Best Practices in Public Health*. OECD. Disponible en: <https://is.gd/O3OyEw>.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2024). *Rethinking Health System Performance Assessment: A Renewed Framework*. OECD. Disponible en: <https://is.gd/2gGPjN>.

- Palomar Olmeda, A. (2021). Las relaciones interadministrativas en el ámbito de la salud: el Consejo Interterritorial de Salud. Perspectivas de ordenación y orientación del cambio. *Derecho y Salud*, 31, 8-37.
- Papanicolas, I., Rajan, D., Karanikolos, M., Soucat, A. y Figueras Marimont, J. (eds.). (2022). *Health System Performance Assessment: A Framework for Policy Analysis*. World Health Organization.
- 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, 3-30. Disponible en: <https://doi.org/10.24965/reala.11316>.
- Pérez Medina, J. M. (2020). Dinámica de las conferencias sectoriales. Entre la intergubernamentalidad y la cooperación administrativa. *Revista d'Estudis Autònoms i Federals*, 31, 17-64.
- Pérez Medina, J. M. (2022). El sistema autonómico y la crisis sanitaria causada por la covid-19. En A. Blanco Martín, A. Manuel Chueca Sánchez, J. A. López Ruiz y S. Mora Rosado (coords.). *INFORME España 2021* (pp. 408-469). Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Pyone, T., Smith, H. y van den Broek, N. (2017). Frameworks to assess health systems governance: A systematic review. *Health Policy and Planning*, 32 (5), 710-722. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/heapol/czx007>.
- Person, C., Behnke, N. y Jürgens, T. (2023). Effects of Territorial Party Politics on Horizontal Coordination among the German Länder. An Analysis of the COVID-19 Pandemic Management in Germany. *German Politics*, 33 (2), 246-271. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/09644008.2023.2187782>.
- Rajan, D., Koch, K., Rohrer, K. y Soucat, A. (2022). Governance. En I. Papanicolas, M. Karanikolos, A. Soucat y J. Figueras Marimont (eds.). *Health System Performance Assessment: A Framework for Policy Analysis* (pp. 43-77). World Health Organization.
- Razetti, F. (2014). *Politics, Public Policy and Intergovernmental Arrangements: The Case of Healthcare in Italy and Spain* [tesis doctoral]. Università degli Studi de Milano.
- Rey del Castillo, J. (2024). *La pandemia: Un ensayo de cogobernanza a nivel federal*. Sevilla: Punto Rojo.
- Ridao, J. (2021). Carencias y problemáticas de las relaciones de colaboración entre el Estado y las comunidades autónomas durante la gestión de la covid-19. *Revista Iberoamericana de Relaciones Intergubernamentales*, 2, 1-46.
- Ruano, J. M. y Díaz-Tendero, A. (2023). COVID-19 and the structural vulnerabilities in the Spanish health and long-term care systems. *European Political Science*, 22 (3), 395-405. Disponible en: <https://doi.org/10.1057/s41304-022-00381-x>.
- Sabando Suárez, P. F., Torres González, F. y Lamata Cotanda, F. (eds.). (2020). *El Sistema Nacional de Salud: Pasado, presente y desafíos de futuro*. Madrid: Díaz de Santos.
- Sáenz Royo, E. (2021). Cooperación y coordinación en el Estado autonómico: la experiencia pandémica, déficits y posibles reformas. En C. Colino (ed.). *Retos de la gobernanza multinivel y la coordinación en el Estado autonómico. De la pandemia al futuro* (pp. 53-74). Madrid: INAP.
- Sáenz Royo, E. (2024). Cooperación y coordinación sanitaria en el Estado autonómico: Una evaluación crítica. *Revista Aragonesa de Administración Pública*, 25, 137-163.

- Schmitt, T., Haarmann, A. y Shaikh, M. (2023). Strengthening health system governance in Germany: Looking back, planning ahead. *Health Economics, Policy and Law*, 18 (1), 14-31. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S1744133122000123>.
- Schnabel, J. (2022). *Gestión de interdependencias en sistemas federales. Consejos intergubernamentales y creación de políticas públicas*. Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Sheikh, K., Sriram, V., Rouffy, B., Lane, B., Soucat, A. y Bigdeli, M. (2020). Governance Roles and Capacities of Ministries of Health: A Multidimensional Framework. *International Journal of Health Policy and Management*, 10 (5), 237-243. Disponible en: <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.39>.
- Travis, P., Egger, D., Davies, P. y Mechbal, A. (2002). *Towards better stewardship: Concepts and critical issues*. World Health Organization. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/339291>.
- Velayos González, O. y Martín Guardado, S. (2022). Descentralización sanitaria, triunfo del nacionalismo y gestión de la COVID-19 en España. *Enfoques jurídicos*, 6, 9-41. Disponible en: <https://doi.org/10.25009/ej.v0i06.2586>.
- Wilson, K., McCrea-Logie, J. y Lazar, H. (2004). Understanding the Impact of Intergovernmental Relations on Public Health: Lessons from Reform Initiatives in the Blood System and Health Surveillance. *Canadian Public Policy/Analyse de Politiques*, 30 (2), 177. Disponible en: <https://doi.org/10.2307/3552391>.
- World Health Organization (WHO) (2023). *Report on Global Health Worker Mobility*. World Health Organization. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240066649>.
- Zeeb, H., Loss, J., Starke, D., Altgeld, T., Moebus, S., Geffert, K. y Gerhardus, A. (2025). Public health in Germany: Structures, dynamics, and ways forward. *The Lancet Public Health*, 10 (4), e333-e342. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(25\)00033-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(25)00033-7).