

I. ESPAÑA

EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL: SU CONFIGURACION EN LA LEY GENERAL DE SANIDAD (*)

I. Perfil histórico de la Institución y marco constitucional (**)

SUMARIO GENERAL: I. *Introducción.*—II. *Los trazados característicos de la situación heredada:* A) La formación histórica de las Instituciones sanitarias. B) Perfil del Sistema según su evolución: Centralización-Dispersión.—III. *El marco constitucional y sus problemas:* A) Determinación del ámbito de funciones de los poderes públicos. B) La protección de la salud como derecho constitucional. Límite a las libertades individuales. C) Distribución de competencias y articulación del sistema.—IV. *Ley General de Sanidad:* A) El Sistema de Salud: su ámbito. B) Organización y Planificación. C) Financiación del Sistema de Salud. D) Docencia e Investigación como complemento. E) Transitoriedad del Sistema.—V. *Conclusiones.*

I. INTRODUCCIÓN

Una lectura atenta de la detallada Exposición de Motivos de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, evidencia que la cuestión que planteamos es un tema viejo y a la vez nuevo en el campo de la acción administrativa y sobre el que los poderes públicos tienen obligaciones concretas y de trascendental importancia para el colectivo social. Así, cuando en abril de 1985 se presenta en el Congreso de los Diputados el Proyecto de la Ley que estudiamos, lo primero que se apunta en su Exposición de Motivos y que hoy se mantiene es que «de todos los empeños que se han esforzado en cumplir los poderes públicos desde la emergencia misma de la Administración contemporánea, tal vez no hay ninguno tan reiteradamente ensayado ni con tanta contumacia frustrado como la reforma de la Sanidad».

«Es... un dato histórico fácilmente verificable que las respuestas públicas al reto que en cada momento ha supuesto la atención a los problemas de salud de la colectividad han ido siempre a la zaga de la evolución de las necesidades sin conseguir nunca alcanzarlas...»

El impacto del hecho constitucional en nuestra sociedad y la im-

(*) Este trabajo constituye el contenido del Tema de Investigación presentado por su autor al Concurso en que obtuvo la plaza de Profesor Titular de Universidad, en diciembre de 1987, adecuadamente revisado con las sugerencias formuladas por el Tribunal.

(**) Dada la extensión de este trabajo, y por razones de publicación, se divide en dos partes, sin pérdida de su contenido esencial.

portancia que la Carta Magna da a la salud pública, influye sin duda alguna en cualquier intento de reforma de nuestro sistema sanitario, falto de planificación y anárquico, donde la duplicidad de servicios, el solapamiento funcional y las carencias asistenciales han sido una constante, como señala el ministro del ramo.

Tal acontecimiento, a nuestro criterio, impregna el proyecto de contenidos ideológicos ineludible, tales como el de participación ciudadana, derecho a la información, coordinación entre iguales Administraciones Públicas integrantes del sistema, etc., pero no constituye su meta. Que, por otra parte, han de estar por encima de él.

Frente a la generalidad de los principios que conforma sus contenidos básicos, contrasta el detalle en la organización trazada.

El objetivo, por tanto, es la búsqueda de una nueva Organización de los Sistemas Sanitarios que dé solución a los problemas que tiene planteados la sanidad española, que sin duda alguna se verían incrementados por la nueva ordenación territorial del Estado, especialmente con la presencia de las Comunidades Autónomas titulares de cualitativas competencias, que, como señala la Exposición de Motivo de la Ley, podrían reproducir un sistema que ya se ha probado inconveniente.

El artículo 43 de la Constitución española, el que más directamente reconoce el derecho a la protección de la salud, situado por los constituyentes en el Capítulo tercero del Título primero: «De los principios rectores de la política social y económica», encomienda al legislador ordinario la tarea de organización y tutela de la salud pública, así como el establecimiento de los derechos y deberes de todos al respecto, cuya eficacia depende del servicio público que se establezca.

Nos sirve de referencia en tan corto espacio de tiempo, dos años o más si lo hiciéramos desde la promulgación de la Constitución, la voluntad de cambio mostrada tanto en lo sustancial como en lo estructural, los trazos diseñados en el proceso de transferencias, especialmente en las Comunidades nuevas consolidadas, el camino seguido en la integración que pregona y el deseo de acercamiento, si ello es posible, en la financiación que propone, etc.

Todo ello nos lleva a plantear en el presente trabajo el impacto de la Ley General de Sanidad en el Sistema Sanitario Español desde el contenido básico de lo Organizativo, dejando para posteriores análisis la profundización sobre temas sustanciales de la actividad sanitaria que ahora esbozamos y que la propia Ley deja en su cara oculta. Siendo nuestra tesis: si el modelo que elige, la organización que establece y los principios que el inspira cumplen con lo que la motiva o, si por el contrario, una vez más la reforma se asienta sobre lo que hay, se apoya en grandes principios, pero sin aportar los instrumentos necesarios para acompañarlos al cambio.

II. LOS TRAZOS CARACTERÍSTICOS DE LA SITUACIÓN HEREDADA

A) *La formación histórica de las instituciones sanitarias*

La mayoría de los países europeos tienen un sistema sanitario que, como la historia misma, es fruto de una evolución característica; evolución en la que los distintos segmentos del sistema van apareciendo y se van uniendo a lo ya existente, hasta configurar un complejo conglomerado histórico, desde el que se pretenden extraer las respuestas que exige la situación presente (1). Esa historia, no obstante, en determinados de ellos arranca de una decisión concreta adoptada en un ambiente espiritual y político característico, que son los que provocan ese corte radical con la herencia del pasado y el inicio de una etapa configuradora, desde sus raíces, del sistema. Probablemente, el mejor ejemplo de esta decisión *a radice* lo constituya Inglaterra, que desde 1946 cuenta con un Sistema Nacional de Salud fruto de una decisión global adoptada en esa característica situación, tan proclive a la potencialidad creadora, que es, paradójicamente, la salida de una situación de guerra total. Es el clima espiritual de la postguerra el que propicia un planteamiento global de un sistema de Seguridad Social como el que se realiza a partir del informe BEVERIDGE, contemplando en su totalidad los riesgos que pueden presentarse en la vida cotidiana de la persona para asumirlos el Estado, y desde los niveles estatales proporcionarle la cobertura adecuada. Con este planteamiento se explica que el Sistema Nacional de Salud británico sea un mecanismo de asunción estatal de los riesgos de la persona, concretamente los que se refieren a su salud, y de financiación global del mismo a partir de la fuente ordinaria, esto es, el Presupuesto. Sistema centralizador que, en último término, iba en contra de lo que se ha entendido como tradiciones del pueblo inglés, en el que los mecanismos de autogobierno constituyen una auténtica

(1) Luis MORELL OCAÑA, *Evolución y configuración actual de la actividad administrativa sanitaria*, núm. 63 de esta REVISTA, 1972, págs. 131 y ss. Refleja cómo las instituciones se apoyan en su propia historia y con ella configuran la realidad presente, por muy decisiva que sea la voluntad de cambio en el poder político, que nunca es «enteramente libre». «La Administración Pública, como complejo institucional, es, en cada momento histórico, ante todo un agregado de las diversas respuestas del poder político a las exigencias que cada coyuntura histórica le va planteando; es la sensibilidad del poder frente a las necesidades sociales la que dibuja el cuadro institucional que se levanta sobre el horizonte de problemas en que cada época nos sitúa. Ahora bien, en esta tarea el poder no es enteramente libre: recibe una herencia, un pasado estructural y, más que proceder a una construcción de nueva planta, estira las instituciones heredadas, distorsiona a veces los ejes sobre los que se apoyan y afronta así las necesidades nuevas. Por eso la Administración no aparece en la vida real como reflejo de un esquema teórico, sino como un producto histórico formado por aluvión, como un complejo institucional en el que se han ido decantando las creaciones del pasado y las añadiduras del presente. Y es que la Administración no admite fácilmente construcciones totales de nueva planta, que rompan totalmente con el pasado cada vez que cambia el horizonte social en que estaba situada...»

creencia social, situándose el Sistema Nacional de Salud, rigurosamente estatalizado, como un contrapunto a la evolución y pautas de entendimiento de la tarea de los poderes públicos, en el marco de la evolución británica. Es posible que esta presencia global del Estado, que durante largo tiempo propicia un específico éxito a la solución, vaya, precisamente, generando alguna de las crisis que en el propio sistema se presentan, y no sólo las relativas al paso desde una cultura económica del progreso indefinido, a otra situación en la que la crisis económica se agudiza y, consiguientemente, la protección de la salud queda inerte ante la carencia de recursos. Ello aparte, el Sistema Nacional de Salud inglés, con su pretensión de gratuidad absoluta y de dispensación de todo aquello que sea necesario para la cobertura de la salud de los ciudadanos, ha supuesto una estructura de poder y de funciones rigurosamente ajena a la sociedad, al conjunto de ciudadanos al que sirve. La consecuencia es siempre la misma: en la medida en que el sistema es ajeno al ciudadano, la gratuidad se vuelve sobre sí misma, provocando, aquí y allá, en esta y aquella otra circunstancia, un gasto excesivo, un auténtico despilfarro. Pero no es ello solamente, sino que también se presencia la evolución creciente de la medicina privada y de un sistema de aseguramiento, también privado, que va situando al margen del Sistema Nacional de Salud a una población cada vez más extensa que pretende reinstaurar una relación estrictamente personal y una cobertura propia, al margen de aquello que el Estado, sin más, le proporciona. Es posible que aquí, una vez más, la historia y las tradiciones estén proporcionando una inesperada lección al sistema que nació como perfecto, como ejemplo y modelo a imitar en toda Europa (2).

En el contexto, precisamente, de una tradición nunca abandonada, pese a los avatares de la historia política, se sitúa el sistema de salud de la República Federal Alemana. El mismo gravita, sustancialmente, sobre las Cajas de aseguramiento obligatorio, Cajas en las que se realiza el encuentro entre quienes van a ser los beneficiarios del sistema, que han de autogobernarlo mediante su presencia en los propios órganos de administración de cada una de las Cajas. Las miles de Cajas en que se estructura el sistema de salud alemán tienen, aproximadamente, una extensión territorial cada una que se aproxima a la correspondiente a los núcleos de población. Siempre con un límite, el de los mil miembros de la Caja, las Cajas territoriales tienen, junto a ellas, las Cajas constituidas por Empresas o por grupos de Empresas, siempre en un sistema de autoadministración y con una cotización bastante alta que ha llegado a elevarse, en lo que se refiere a los trabajadores, al 11 por 100 del salario mensual.

La respuesta a la crisis económica viene constituida, fundamental-

(2) Pedro Pablo MANSILLA IZQUIERDO, *Reforma Sanitaria: Fundamentos para un análisis*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1986, págs. 82-87. Analiza esquemáticamente las características del Sistema Sanitario del Reino Unido dentro de este esquema de privatización-publicación de la estructura sanitaria.

mente, por ese incremento de la participación del salario en la financiación de las Cajas, porque el Estado, aparte de dictar medidas legislativas y de racionalización, ha permanecido fundamentalmente al margen del propio sistema, proporcionando ciertas ayudas, pero nada más (3).

Un tercer modelo significativo es el italiano. En el mismo se contempla una peculiar salida a la crisis económica, y a la desorganización mediante lo que podría denominarse una huida hacia adelante. Las grandes quiebras del sistema sanitario italiano van a tratar de cubrirse tomando como modelo, precisamente, el Sistema Nacional de Salud inglés. Esto es, una estatalización del mecanismo de cobertura, remitiendo a las consignaciones presupuestarias los gastos que los ciudadanos hubieran de soportar para la financiación del riesgo sanitario. Pero Italia, además, presenta una particularidad importante, que en nuestro caso puede ser ejemplificadora, en la medida en que esta centralización que lleva consigo la adopción del modelo inglés, era totalmente contrapuesta a lo que la propia Constitución italiana establece, como un modelo de poderes públicos rigurosamente descentralizado, otorgando una cuota importante de poder y de participación a las regiones. El mecanismo de equilibrio entre las prescripciones constitucionales y la estatalización del sistema de salud viene a encontrar como punto de apoyo un proceso de planificación que arrancaría de abajo, de las regiones, para integrar, a través de las previsiones de éstas, un Plan nacional en el que estarían contempladas las necesidades a cubrir y los medios con que se cuenta para hacerlo. El Plan nacional, a su vez, quedaría surtido con las consignaciones que el Presupuesto del Estado establezca a este respecto. La planificación pivotaría sobre las regiones y, a su vez, éstas tratarían de descentralizar en los municipios lo que podría denominarse las terminales del sistema. Prácticamente, unos Centros Integrales de Salud vienen a establecerse en los territorios comunales salvo que éstos sean pequeños, abarcando en este caso varios términos municipales e integrando como órganos de gobierno de dicho Centro de Salud a la propia representación municipal. Aquí se plantea el ajuste, siempre difícil, entre la tarea de dirección estrictamente técnica y administrativa, a cargo de la burocracia del sistema, y la dirección política a través de los propios representantes de la comunidad, esto es, los miembros del municipio.

En la vida real, lo que ha venido ocurriendo, hasta ahora, en Italia es que el énfasis puesto en la planificación, aquí como en tantas otras materias administrativas, lleva el desencanto en la medida en que es extraordinariamente difícil realizar una planificación a nivel estatal en materia tan compleja y cambiante. Si alguna vez llegara a realizarse, acabadamente dicho Plan, es seguro que, al terminarlo, la realidad

(3) José María FERNÁNDEZ PASTRANA, *El Servicio público de la Sanidad: el marco constitucional*, Civitas, Madrid, 1984, pág. 94. Señala, no obstante, cierta evolución centralizadora: «... de modo que estamos muy lejos de lo que en tiempos se consideró como un sistema de autogestión».

habría desbordado las previsiones establecidas en el planeamiento. Ello aparte, merece destacarse que, lógicamente, las decisiones de previsión pasan al Ministerio de Hacienda, que es el que elabora el Presupuesto. La preocupación de que el sistema sanitario no pase a consumir más arriba del 6,5 del PIB, está constantemente presente, y realmente el papel que venía a cumplir el Plan Nacional de Salud lo viene a cumplir directamente el Presupuesto. El inconveniente es que las decisiones en materia de salud han sido tomadas única y exclusivamente de acuerdo con las conveniencias o la óptica puramente financieras (4).

El Sistema Sanitario francés, coherente con las ideas liberales que surgen en su propio contexto, es el resultado de un esquema de Seguros muy desarrollado con respecto a la obtención de fondos económicos y con una estructura de prestación de servicios totalmente privada.

La planificación y dirección del sistema sanitario corresponde a una única estructura de Estado, pero son sus órganos periféricos los encargados del desarrollo o ejecución de esas competencias.

En cuanto al esquema de prestación de servicios, prácticamente privada en su totalidad, no responden a un plan sanitario determinado, sino que surgen como consecuencia de otros intereses básicamente empresariales. Por tanto, no existe en Francia una organización sanitaria como tal, en la medida en que se entiende como un conjunto de servicios estructurados que persiguen un mismo objetivo.

A pesar de ello, existe un esquema de planificación que pretende ordenar este sistema sanitario a través de la realización del Mapa Sanitario, cuyas características más importantes son las de señalar los lugares donde existe una necesidad concreta de recursos sanitarios para que la iniciativa privada, de acuerdo con sus intereses, decida hacerse cargo de la responsabilidad de crear esos recursos. Evidentemente, el sector privado obtiene ciertas compensaciones de carácter económico en pago a su iniciativa, tales como la garantía de que en un periodo no inferior a quince años no se creará otro recurso sanitario similar en esa zona, o la de ser incluido en el plan económico quinquenal del Gobierno.

El Estado, no obstante, establece programas sanitarios de aquellos aspectos que le parece prioritario desarrollar: materno-infantil, promoción de la salud, salud laboral, etc. (5).

(4) Juan PEMÁN GAVIN, *La reforma sanitaria en Italia*, núm. 106 de esta REVISTA, 1985, págs. 323-395. Realiza un estudio profundo de la institución del Servicio Sanitario Nacional, operado por la Ley 833/1978, de 23 de diciembre, que lo califica como uno de los intentos reformistas más importantes de cuantos se han producido en la Italia republicana en los últimos años. No obstante, destaca cómo «la experiencia ilustra... sobre las dificultades que puedan surgir al intentar trasladar modelos organizativos de un país a otro, por comprobada que esté su eficacia en el país de origen (en el caso que nos ocupa, el National Health Service inglés), si el contexto en el que se implanta difiere notablemente».

(5) B. PISARRO, «Organización sanitaria en Francia», en *La reforma sanitaria en España a debate: ... desde una perspectiva nacional e internacional*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1984, págs. 235-240. E. AFFELD, «Planificación para la salud: perspectivas internacionales», en el mismo volumen, págs. 91-99. Miembro de

Simplificando en exceso podría decirse que la estructura de los sistemas sanitarios de los países democráticos europeos ha estado en relación con lo que esquemáticamente podríamos llamar la resultante del encuentro entre las tendencias liberalizantes frente a las tendencias estatalizantes o, dicho de otro modo, las tendencias privatizadoras frente a las tendencias de publicación de las estructuras sanitarias. Ejemplos genuinos de estas dos tendencias están en lo hasta aquí analizado: Alemania y Francia de las primeras de ellas, Italia y Reino Unido de las segundas.

Los que apoyan la corriente privatizadora o liberalizante sustentan su teoría sobre las siguientes bases argumentales: en periodo de crisis económica, los fondos económicos nacionales, públicos y privados, deben estar dirigidos a los sectores más productivos, en términos económicos. Por tanto, el sector sanitario, consumidor de ingentes recursos económicos, no tiene rendimiento económico. La solución es, pues, liberalizar el sector, formando el consumo privado de los servicios sanitarios.

Por otra parte, las corrientes que pretenden la consolidación de sistemas sanitarios públicos fundamentan su actitud en el igualitarismo del individuo frente a un bien tan fundamental, la responsabilidad colectiva en defensa de la salud y el coste económico más barato de los sistemas en cuanto que no introduce la economía de mercado en un sector donde la demanda es siempre creciente y subjetivamente inaplazable. En síntesis podría establecerse el problema en términos solidarios frente a la salud.

En este contexto europeo se integra el Sistema Nacional de Salud español, que plantea una evolución hacia adelante relativamente característica. La Ley General de Sanidad viene a constituir el eslabón final de una evolución presidida por característicos criterios, más que un corte en la propia dinámica de la historia inmediatamente anterior. Esta historia presenta, como resultado, el nacimiento y ajuste sucesivo de las tres piezas básicas del sistema: la Beneficiencia, la Sanidad Nacional y la Seguridad Social. Cada una de estas piezas, que luego difícilmente han llegado a encontrar una articulación entre sí, es producto de la contemplación de una característica necesidad y de la conveniencia de hacerla frente mediante un conjunto de instituciones propias (6).

la Oficina Regional de la OMS, establece un modelo de planificación sanitaria en las regiones europeas sobre los indicados autonomía-intervención, por una parte, y participación-tecnocracia, por otra.

A niveles más amplios, véase P. P. MANSILLA IZQUIERDO, *Reforma Sanitaria*, cit., págs. 87 y ss., que agrupa los cuatro modelos mencionados en dos corrientes ideológicas distintas, defendidas por los Estados al margen del signo político de sus gobiernos, y dentro de la dialéctica estatalismo-privaticidad, unitarismo-pluralidad y centralismo-federalismo. Y, así, desde una perspectiva organizativa, «podríamos calificar al sistema sanitario francés como un sistema de prestación de servicios privados, sistema único y centralizado; Alemania, como privado, plural y descentralizado; Reino Unido, como público, unitario y con cierto grado de descentralización, y, por último, Italia, como público, plural y descentralizado».

(6) Manuel MARTÍN GONZÁLEZ, *Sanidad pública: concepto y encuadramiento*, Ministerio de la Gobernación, Madrid, 1970, vol. II, págs. 387 y ss. Los considera como

Es bien sabido que la actividad administrativa de Beneficiencia viene a recoger una dinámica que ya se encontraba en instituciones sociales y de particulares, para asumirla, casi como una consecuencia de la desamortización, por el Estado a partir de la segunda década del siglo pasado. Con la Beneficiencia, la Administración pretende montar, entre otras cosas, un mecanismo de asistencia a los indigentes, bien entendido que quien no tenga la condición de indigente puede atender a su salud mediante la ayuda que las propias profesiones liberales puedan dispensarle, con cargo al patrimonio de cada uno. Paralelamente a esta asistencia a la salud del indigente, mediante actividades curativas, la Sanidad Nacional se ha ido nucleando en su etapa moderna, ante todo y sobre todo mediante una atención a la prevención de la salud. Es bien sabido que la actividad administrativa sanitaria tuvo siempre por objeto la protección de la salud pública, la prevención de enfermedades más que el desarrollo de actividades curativas de las mismas. La prevención de la salud motiva el despliegue de una serie de actividades de promoción, de vigilancia, y, excepcionalmente, de atención en el caso de enfermedades transmisibles con un índice alto de incidencia, incidencia que pone en riesgo o que supone un atentado para la salud pública en su conjunto. En suma, atención al aspecto supraindividual de la salud y mediante una medicina nítidamente preventiva.

En último término, y mucho más cerca de nosotros, el montaje y desarrollo del sistema de Seguridad Social llevaría a integrar en su seno los distintos seguros que habían ido naciendo desde finales del siglo pasado y comienzos del presente, llegándose en la actualidad a un sistema que pretende proporcionar una asistencia curativa a la colectividad en su conjunto, pero siempre que se trate de trabajadores, es decir, quienes quedan integrados en el sistema productivo mediante una relación de empleo retribuida y financiándose el sistema con la participación de trabajadores y empresarios, aunque luego, y en forma creciente, el Estado haya de atender a los gastos de la Seguridad Social cuando los mismos desbordan las previsiones iniciales e inciden ya, derechamente, en el propio Presupuesto estatal.

Estas tres piezas del sistema han nacido, como se dice, atendiendo a coyunturas y situaciones históricas diferentes, para proteger a colectivos también diferentes, mediante organizaciones administrativas sectoriales entre las que no siempre ha llegado a darse la coordinación conveniente. Es claro que, desde este punto de vista, al menos un intento serio de articulación se viene imponiendo desde hace largo tiempo (7).

conceptos jurídico-administrativos parcialmente afines «...en cuanto que sólo en parte de la actividad administrativa a que remiten, se da la nota común que constituye la causa de tal afinidad: incidencia sobre unos mismos fenómenos (salud y enfermedad humana)». Santiago MUÑOZ MACHADO, *La sanidad pública en España: evolución histórica y situación actual*, IEA, Madrid, 1975. Comparte la misma idea en cuanto que «... en todas estas manifestaciones de la actividad estatal... hay... un fondo material común...» (págs. 17 y ss.).

(7) Véanse Pedro ESCRIBANO COLLADO, *El derecho a la salud*, IGO, Sevilla, 1976,

B) *Perfil del sistema según su evolución:*
Centralización-Dispersión

La primera característica del sistema de salud español ha sido la de una rotunda indiscutida centralización. Una y otra vez se ha entendido que las decisiones configuradoras y rectoras del sistema de salud corresponden exclusivamente al Estado (8). Ciertamente, las actividades sanitarias han corrido también a cargo de las provincias y de los municipios, pero fundamentalmente Diputaciones y Ayuntamientos han asumido la carga financiera de la gestión (9), porque las decisiones gestoras estaban radicadas, fundamentalmente, en la Administración del Estado. Pero puede apurarse más, porque este mecanismo centralizador se realiza, en realidad, en favor de determinadas profesiones administrativas, de determinados colectivos profesionales que van a ser quie-

págs. 17-35; L. MORELL OCAÑA, *Evolución...*, cit., págs. 144-148; José ORTIZ DÍAZ, *Hacia una reordenación de la sanidad pública española: el problema hospitalario*, núm. 51 de esta REVISTA, 1966, págs. 151-178; Aurelio GUAITA MARTORELL, *Derecho Administrativo especial*, vol. II, Librería General, Zaragoza, 1965, págs. 137 y ss.; Fernando GARRIDO FALLA, «La Beneficencia general y particular: situación y perspectivas», en *Problemas fundamentales de beneficencia y asistencia social*, Ministerio de la Gobernación, Madrid, 1967, págs. 15-31; Ramón MARTÍN MATEO, «Sobre el concepto de asistencia social», en el mismo volumen, págs. 55-67; Manuel ALONSO OLEA, *El régimen jurídico de la Seguridad Social*, núm. 19 de esta REVISTA, 1955, págs. 174 y ss., y «La asistencia sanitaria como prestación de la Seguridad Social», del mismo autor, en *Homenaje a S. Royo-Villanova*, Moneda y Crédito, Madrid, 1977, págs. 13-41, y otros.

(8) S. MUÑOZ MACHADO, *La sanidad pública...*, cit., págs. 177-179. Frente a la declaración de la Ley de Bases de la Sanidad Nacional, de 25 de noviembre de 1944, de un evidente principio de competencia estatal en esta materia, «... me excuso de mayor comentario acerca de la centralización del sistema y del valor de las declaraciones de competencia... a favor de las entidades locales en materia de Sanidad. Y esto precisamente cuando la complejidad del apartado público sanitario está llegando a tal extremo que la colaboración provincial y municipal en la gestión es ya un postulado ineludible de la buena organización».

(9) P. P. MANSILLA IZQUIERDO, *Reforma Sanitaria...*, cit., maneja datos de 1980 y señala que un 23,5 por 100 de la financiación del sistema corre a cargo de las Corporaciones Locales, un 31 por 100 sobre el sector privado, el 28,3 por 100 a la Seguridad Social y el resto, 21,3 por 100, al Estado. P. PORRAS ORÚE, *La planificación hospitalaria en España*, «DA», núm. 114, 1967. Distribuye el número de hospitales y camas hospitalarias en España y destaca cómo el 33,9 por 100 corresponde a las Corporaciones Locales, especialmente a las Diputaciones (págs. 55-62). S. MUÑOZ MACHADO, *Reflexiones sobre la reforma de la sanidad local*, «DA», núm. 163, 1975, págs. 57 y ss. Describe la situación de manera precisa: «La centralización se hacía cada vez más acusada, pero la Administración del Estado, que se iba haciendo cargo íntegramente de la dirección y la gestión de los asuntos sanitarios, no estaba, en cambio, dispuesta a asumir la carga de su sostenimiento financiero.» J. M. FERNÁNDEZ PASTRANA, *El servicio público...*, cit., págs. 97-101. Para quien tanto en la Ley de Bases de 1944 como en la legislación de régimen local se ha venido hablando de competencias de los entes locales..., competencias que sobre el papel son amplísimas. El alejamiento entre la realidad de las competencias ejercidas por los entes locales y la legalidad ha permitido a la doctrina hablar de «... nominalismo de las competencias sanitarias de los entes locales, que ha tenido lugar desde la Ley de 16 de julio de 1934 sobre mancomunidades sanitarias».

nes lleven las riendas del sistema de salud, fundamentalmente a través de la Administración de la Sanidad Nacional (10). Esta centralización se realiza, en definitiva, para nuclear el sistema de decisiones en el entorno de determinados colectivos profesionales, incardinados en la Administración pública a través de la Dirección General de Sanidad, sólo en tiempos más recientes se constituye y nuclea una Administración sanitaria paralela y diferente, en el contexto de la Seguridad Social, discurrendo por cauces peculiares (11); pero, en uno y otro caso, el papel de las profesiones sanitarias será decisivo. Y hay que insistir en esto en la medida en que tales profesiones han sido pocas, solamente tres, y consiguientemente la centralización proyecta su luz sobre problemas propios y específicos de estas profesiones; pero también su sombra sobre aquellos aspectos de la protección de la salud a donde no llega, o que no son propios, de aquellas determinadas profesiones. Es claro que tenemos una Administración sanitaria en la que las técnicas de ingeniería, de arquitectura, la indagación sociológica, etc., no han llegado a penetrar en el sistema. Esto ha propiciado también que la intensidad con que se centra en el entorno de determinadas funciones profesionales, el propio sistema de la Sanidad Nacional va a impedir, de hecho, un ejercicio adecuado, eficaz, de aquellas funciones y competencias administrativas que son concurrentes con las que se desenvuelven en otros sectores de la Administración, dominados por otros colectivos profesionales no tan preocupados por la problemática de la salud, que les es relativamente ajena a su propio entorno profesional (12). Centralización supone, pues, también concentración, concepción como un compartimento estanco de la Sanidad Nacional poco permeable a otros saberes y otras perspectivas distintas de las tres clásicas profesiones, poco abierta al ejercicio de unas indispensables competencias concurrentes sobre otros ambientes de la vida social o

(10) L. MORELI OCAÑA, *Observaciones sobre los principios de ordenación de la Administración sanitaria del Estado*, «REDA», núm. 1, 1974, págs. 63-77. Señala cómo uno de los rasgos más característicos de la Administración sanitaria ha sido su estructura estamental. Lo que hizo que su organización se vertebrara sobre determinadas profesiones típicamente sanitarias. Una parte de los servicios «... a cargo de médicos, otra a cargo de farmacéuticos y otra se asignó a veterinarios».

(11) S. MUÑOZ MACHADO, *La sanidad pública...*, cit., pág. 194. Al reflejar el proceso evolutivo de la sanidad asistencial destaca el progresivo desarrollo de los servicios sanitarios de la Seguridad Social y la falta casi absoluta de coordinación con la sanidad nacional, que va perdiendo capacidad expansiva y posibilidades de desarrollar las tradicionales competencias preventivas.

(12) L. MORELI OCAÑA, *Observaciones...* cit., págs. 70 y ss. «Lo verdaderamente sorprendente es que esta estructura estamental haya sido y siga siendo mantenida... tanto en el nivel central como en el provincial...» P. SABANDO SUÁREZ, *Reforma sanitaria en España...*, cit., págs. 27-34. Como responsable del Ministerio de Sanidad y Consumo reclama, en base al concepto integral de la salud que la Ley presenta, una equiparación de las disciplinas sanitarias en orden a su incidencia sobre la salud: «... que no se medicalice lo que es propio de otras profesiones, pero que tampoco se despoje a los licenciados y doctores en medicina de lo que es estrictamente médicos». Próximo a cumplir dos años la Ley 14/1986, sólo se observa en la realidad la confirmación del segundo acierto y en los estrictos términos de la sanidad asistencial individual o preventiva sobre la enfermedad.

ámbitos de la propia Administración pública, en los que el riesgo de salud también se hace evidente y resulta indispensable su protección.

Naturalmente, el sistema sanitario ha quedado también al margen de las entidades representativas del territorio y de la propia ciudadanía. Hasta cierto punto, parece aquí constatar que la relación poder administrativo-ciudadanía se ha venido a construir en términos paralelos, semejantes, a la relación médico-paciente. Aquí el súbdito es potencialmente un paciente y, consiguientemente, queda en una situación pasiva de inercia a disposición del ejercicio de las potestades administrativas, en las que no participa porque el saber técnico que con ellas se maneja le es ajeno, no es propio de un ciudadano cualquiera. El escollo del carácter técnico del ejercicio de las profesiones administrativas se interpondría una u otra vez, no sólo cuando se trató de instrumentar una participación ciudadana, sino incluso cuando simplemente se trató de realizar una cierta descentralización (13). El ejemplo de los Estatutos de CALVO SOTELO, ampliamente descentralizadores en todo, menos en la materia de Sanidad, probablemente es característico, es un buen ejemplo, de todo cuanto hasta ahora se ha dicho.

Por su interés, y posiblemente por su actualidad, hay que destacar el contenido de la Exposición de Motivos del Real Decreto aprobatorio del Reglamento de Sanidad Municipal de 9 de febrero de 1925: «El ideal sería que los Ayuntamientos organizaran y sostuvieran los servicios sanitarios del término municipal libre de intromisiones e injerencias extrañas a su propia constitución; pero este ideal dista mucho

(13) J. M. FERNÁNDEZ PASTRANA, *El servicio público...*, cit., págs. 71-72. Para quien el problema fundamental en el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios no es, «hoy por hoy», el nivel técnico del instrumental o la cualificación de los profesionales, sino «... el trato deshumanizado dado al enfermo y a sus familiares, la despersonalización en la relación médico-enfermo... la posición de preeminencia en que suelen colocarse los profesionales sanitarios en relación con los pacientes...». André PRIMIS, *Reforma sanitaria en España...*, cit., págs. 315-321. A modo de conclusión señala: «La participación de la población a todos los niveles en la planificación y en el gobierno de los servicios sanitarios... dejen de decidirla exclusivamente los profesionales médico-sanitarios. Los usuarios de los servicios de sanidad han de tener la posibilidad de decidir qué tipo de asistencia prefieren. La salud está pasando a ser algo tan importante que no puede dejarse únicamente a manos de las profesiones médicas.» Con carácter general, J. A. SORIANO GARCÍA, *Evolución del concepto «relación jurídica» en su aplicación al Derecho Público*, núm. 90 de esta REVISTA, 1979, págs. 64 y ss. En su intento de demostrar cómo la Administración, de acuerdo con el sustrato histórico que recoge, «... no ha dejado jamás de confundir al sujeto de la relación jurídico-pública con un nuevo objeto apto para ser disfrutado...». L. MORELL OCAÑA, *El Régimen Local Español*, Cívitas, Madrid, 1988, páginas 433 y ss. Al señalar que, a través de las leyes comunitarias y de los propios reglamentos de organización municipal, se debe pretender no sólo el acercamiento entre burocracia y vecindario, sino también la incorporación de la ciudadanía interesada en el desarrollo de los problemas del entorno a que pertenece. O en páginas 641 y ss., desde perspectiva contraria pero con idéntico resultado, al indicar que «de la ciudad la masa ciudadana no se siente partícipe, sino beneficiaria; por ello, la situación de conflicto se genera frente a déficits de servicios, déficits generados por la pasividad de un poder ajeno, extraño a la persona... y, por ser ajeno, nada se tiene prácticamente que ver en su gobierno... es... un hecho lejano y distante».

de la realidad: primero, por la falta de tradición y el atraso que una gran parte de los Ayuntamientos españoles muestra en materia de higiene y sanidad, y segundo, porque es deber fundamental del Estado cuidar de la salud pública, y esta función no podría ejercerla sin el conocimiento, vigilancia e intervención en el régimen sanitario de los Municipios...»

Paralelamente, se produce una profunda dispersión en la actividad sanitaria que provoca graves tensiones en el sistema. Por las motivaciones más diversas la creciente intervención de otras Unidades y Departamentos ministeriales en la gestión sanitaria dificulta día a día la descada organización del sector (14). El escape más característico a aquella alternativa ofrecida por la descentralización territorial se acusa con la utilización mayor de la técnica de la descentralización funcional que crea toda la red de organismos autónomos de la sanidad nacional, que, lejos de una independencia que no fuera la económica, dificulta los mecanismos de planificación que hubieran permitido un mejor aprovechamiento de los recursos sanitarios (15). Observemos, no obstante —dice MORELL—, que la descentralización queda ceñida al campo de la gestión sin que el Estado abdique de una serie de funciones que recuerdan cómo sigue ostentando la titularidad básica de las funciones públicas asistenciales.

Ello, unido a una múltiple creación de órganos colegiados de coordinación, tanto a nivel nacional como provincial, que acrecienta el proceso de fragmentación del sector, obliga a abrir paso a fórmulas integradoras que hoy han de pasar necesariamente por las Comunidades Autónomas.

La creación de un Ministerio de Sanidad parecía ser la pieza clave en la adecuada estructuración de un sistema sanitario unitario adecuado a las necesidades de su tiempo. Aunque supuso un paso importante en este aspecto no fue alcanzado; la Ley 14/1986 representa un nuevo intento (16).

La acción pública dirigida al cuidado de la salud de los ciudadanos responde a una serie de factores políticos, sociales y económicos de la más diversa índole que se han ido acumulando por aluvión, provocando el estancamiento del sistema sanitario y la pervivencia de fórmulas his-

(14) M. MARTÍN GONZÁLEZ, *Sanidad pública...*, cit., vol. I, págs. 33 y ss. Hace un minucioso análisis de lo que llama, «no sin cierta paradoja», Organización sanitaria. S. MUÑOZ MACHADO, *Sanidad pública en España...*, cit., pág. 170. Señala cómo la dispersión iniciada a principios de siglo será ya en lo sucesivo algo irreversible: «... la vieja Dirección General de Sanidad se verá privada de muchas de... sus competencias... e imposibilitada de ejercer otras debido a que no fue adaptada convenientemente a las necesidades de su tiempo...».

(15) P. P. MANSILLA IZQUIERDO, *Reforma Sanitaria...*, cit., págs. 109 y ss. Reconoce cómo cada una de estas redes sanitarias, AINS, INSALUD, etc., miraron más hacia sí mismas que hacia la población que, a la postre, tenían que atender. L. MORELL OCAÑA, *Observaciones sobre...*, cit., pág. 77. Señala que el problema era dar coherencia a la acción, simplificando un esquema que ha perdurado a través de la historia contemporánea: separación neta entre funciones que un tanto convencionalmente podemos denominar de dirección y gestión.

(16) J. M. FERNÁNDEZ PASTRANA, *El servicio público...*, cit., págs. 81-85.

tóricas hoy sin razón de ser. La existencia de instituciones que responden a una finalidad de prevención de posibles riesgos para la salud o bien a una finalidad curativa, cuando el riesgo se actualiza en enfermedad carece de sentido; sin embargo, pervive. La dicotomía: enfermedad-asistencia individual-actividad curativa, de una parte y salud público-acción colectiva-prevención, de otra parte, es una realidad presente.

La función pública sanitaria se concibe en la Administración decimonónica como una actividad especialmente preventiva y encauzada a través de actividades típicamente policiales, cuando la salud se refiere a la vida del individuo, obra del individuo debe ser su conservación (17).

Obviamente, la prevención y la curación de las enfermedades son dos actividades que necesariamente tienen que estar unidas (18). Todo ello nos lleva directamente al concepto de «sanidad integral», que la nueva Ley sobrepasa hacia un concepto integral de la salud y que debió alcanzarse a través de una reordenación total de la organización y de las competencias de los entes encargados de la gestión de los servicios sanitarios para que pueda producirse la integración de lo preventivo y de lo curativo (19).

(17) Vicente SANTAMARÍA DE PAREDES, *Curso de Derecho Administrativo*, 2.^ª ed., Madrid, 1888, págs. 372 y ss. Manuel COLMEIRO, *Elementos del Derecho Político y Administrativo en España*, 3.^ª ed., Madrid, 1870, pág. 223. Recoge: «cuando las reglas de higiene caen debajo de la acción individual, la higiene es privada; pero si las causas de destrucción son superiores al poder de los particulares y amenazan la existencia de la multitud, toca al Gobierno extirparlas y combatirlas en beneficio de los pueblos».

(18) S. MUÑOZ MACHADO, *La sanidad pública en España...*, cit., págs. 203-206. La sanidad, señala, debe atender al individuo, «... tanto para evitar que caiga enfermo como para curarle, y aun para poner los medios necesarios para devolverlo a la vida activa en sociedad». O, como señala el cuarto informe técnico del Comité de Expertos en Administración sanitaria de la OMS, *La planificación de los servicios de salud pública*, Ginebra, 1961, págs. 6 y ss., «... el fomento de la salud pública es indivisible; cualquier cosa que se haga para proteger la salud de la persona beneficia a la colectividad en su conjunto y, de igual modo, cualquier actividad emprendida para proteger colectivamente la salud de la población beneficia al individuo y a la familia».

(19) Sobre los conceptos, véase M. MARTÍN GONZÁLEZ, *Sanidad pública...*, cit., págs. 351 y ss. «La afinidad entre ambos conceptos (sanidad pública y salud pública) está en la relación entre ellos, en cuanto la segunda es el objeto sobre el que actúa la primera, sin que, sin embargo, se pueda confundir la acción con el objeto sobre el que recae; una cosa es la acción protectora y otra el objeto protegido.» De la «sanidad integral» la descripción más clásica es: «la organización sistemática de todos los servicios personales por miembros de las distintas profesiones sanitarias y de todos los recursos hospitalarios y clínicos necesarios para lograr el más alto nivel de salud, prevenir, curar o aliviar las enfermedades y reducir, cuando no impedir, la invalidez, la inseguridad económica y la dependencia que comporta la enfermedad... expresa el concepto de un servicio unificado para el individuo en estado de salud o de enfermedad, en lugar de dos accesos separados: uno limitado a la profilaxis de las enfermedades; el otro a su tratamiento. Significa asistencia médica integral, cualquiera que sean las condiciones económicas del individuo, la familia, la comunidad o la nación». Dada por GOLDMAN y LEAVELL, en *The Problem of Medical Care*, «Annual of the American Academy of Public and Social Science», núms. 1-2, 1951, pág. 273, que recoge MORELL en *La evolución y configuración...* J. ORTIZ DÍAZ, en *Hacia una reordenación de la sanidad pública española: el proble-*

El dogma decimonónico de la autosuficiencia del individuo para atender su propia salud, se rompe al aparecer la Administración como prestadora de una atención sanitaria individual con ánimo de restaurarla. Pero esta acción no se incardina en el ramo de la Sanidad, sino en el de la Beneficencia (20). Se limita a un colectivo muy concreto, el compuesto por seres en situación de completo desvalimiento, de pobreza probada. Su alcance es, por las personas a la que asiste, parcial y, por las prestaciones que realiza, demasiado amplio, pues entre ellos existen algunas que no van dirigidas a la protección de la salud, sino a la satisfacción de otras necesidades como las de alimento, trabajo, vestido, cultura, etc. (21). El Estado se subroga en el papel de la Iglesia y de los particulares y suple al individuo imposibilitado.

Así, pues, la Sanidad y la Beneficencia han tomado como punto de partida fundamentos diversos. A través de la primera, la Administración desarrolla su cometido ayudando al individuo cuando el problema no es solamente suyo, sino que lo es o puede serlo de la comunidad. Por la segunda, contempla situaciones singulares de indigencia, haciéndole frente a través de prestaciones que reparen el daño producido (22).

Consecuencia del proceso industrializador y del impulso igualitario de la época, las reivindicaciones sociales se van haciendo cada vez más intensas debido a que una gran masa de trabajadores se hallaban en una zona indefinida y penosa, a la que no llegaba los auxilios individualizados del Estado por no tratarse de pobres y tampoco podían satisfacer sus propias necesidades por carecer de medios suficientes para costear la asistencia requerida de forma adecuada (23). No basta con ayudar cuando la situación de indigencia se ha producido, sino que es preciso crear un mecanismo que impida que tal situación se

ma hospitalario, núm. 51 de esta REVISTA, 1966, págs. 151-178, trae el concepto de SOLER DURALL de «asistencia integrativa», que califica de «completa y total», no «parcial ni episódica». Fernando MANRÍQUEZ LÓPEZ, en su comentario a la Ley General de Sanidad, incluido en el vol. I de la obra *Derecho Médico*, dirigida por Luis MARTÍNEZ-CALCERRADA, Tecnos, 1986, págs. 851 y ss., señala que el Sistema Nacional de Salud persigue una «concepción integral del sistema sanitario», una «red integrada de hospitales del sector público», un «plan integrado de salud», etc., pero no define lo que entiende por «integración», cae en una imprecisión técnico-jurídica del concepto y las técnicas integrativas que utiliza son dispares. Otros se arriesgan a definir lo que entiende por «concepto integral de la salud»; ver nota 12 o P. P. MANSILLA IZQUIERDO, en *Reforma Sanitaria...*, cit., pág. 111.

(20) M. COLMEIRO, *Derecho Administrativo español*, vol. I, Madrid, 1850, pág. 426, la define como «... la caridad convertida en servicio público».

(21) P. ESCRIBANO COLLADO, *El derecho a la salud*, cit., pág. 18, advierte que ni los destinatarios ni su contenido convierten a la asistencia benéfica en una actividad del Estado destinada a la protección de la salud a los ciudadanos.

(22) Jaime GUASP, «La beneficencia como objeto formal de la actividad administrativa», en *Estudios en homenaje a Jordana de Pozas*, IEP, Madrid, 1962, vol. III, págs. 297 y ss., que señala cómo en todas estas manifestaciones de la actividad estatal hay un «fondo material común... la tutela de la salud... formalmente diferenciable...». Única intervención de la Administración en la asistencia médica, el socorro del pobre, reservada exclusivamente para el ejercicio de la profesión liberal por excelencia.

produzca. Máxime cuando es sabido que la situación de trabajador alberga en su seno unos riesgos que no dejarán de producirse.

Surge así el Seguro Obligatorio de Enfermedad, introducido en España en 1942, que va sustituyendo a la acción mutualista espontánea existente que llega casi a extinguirse a medida que la Seguridad Social afecta a sectores sociales más amplios. Luego parece que el fenómeno se repite por circunstancias cualitativamente distintas, duplicándose en los mismos sujetos las cuotas aseguradoras o acudiendo de forma alarmante a la sanidad libre por deficiencias de calidad en la sanidad pública.

La distinción de clientelas es ya difícil de mantener, tanto en el plano de los principios como de la realidad práctica. A esa dispersión podía unirse la sujeta a organizaciones diversas, como Cruz Roja, Ministerios militares, Justicia, etc.

Con todo, la Administración se encuentra que el riesgo de la pérdida de salud no es absorbible por las posibilidades individuales, ya por el incremento de las necesidades sociales en materia sanitaria como por el incremento de los costes en tal caso, al ciudadano sólo le queda que la comunidad le ayude en esta contingencia; el problema está en el sistema de costes (24).

Como último conjunto social no sujeto posiblemente a ninguno de los sistemas sanitarios citados, está la ciudadanía acreedora de un derecho de protección a la salud constitucionalmente reconocido y que los poderes públicos deben organizar y tutelar a través de las prestaciones necesarias.

Desde una óptica funcional se puede afirmar que la evolución de nuestro sistema sanitario ha girado en torno a un eje centrado en el

(23) L. MORELL OCAÑA, *La evolución y configuración...*, cit., pág. 147. Argumenta en el sentido de que protegiendo a quienes no pueden ganarse su sustento se ha hecho muy poco, porque «... aun quienes trabajan y se lo ganan están al descubierto frente a una serie de situaciones... que rompen el equilibrio social... del que depende el futuro de la comunidad». «Cada vez está más claro que la técnica sanitaria y la rentabilidad del gasto público exige una superación de la actual fragmentación de competencias sanitarias, volviendo del revés el planteamiento actual a base de pasar a un primer plano la consideración sobre el mejor modo de servir a la salud del individuo y situar en un plano organizativamente secundario el sistema de financiación en cada caso aplicable.»

(24) Sobre el concepto de seguridad social, véase LORD BEVERIDGE, *Los seguros sociales y sus servicios conexos*, trad. esp., México, 1964. Luis ENRIQUE DE LA VILLA, «Previsión, Seguros sociales y Seguridad Social», en el volumen citado *Problemas fundamentales de la beneficencia...*, págs. 39 y ss. Para este autor, y en base a la vocación expansiva de la seguridad social, debía ser ésta un sistema de protección para la persona, con abstracción de sus circunstancias profesionales: «La protección ya no es de riesgos concretos del individuo, sino del estado de necesidad en que se encuentra...» M. RODRÍGUEZ-PIÑERO, *El Estado y la Seguridad Social*, IEP, Madrid, 1964, pág. 42. Señala que el régimen de la Seguridad Social, con las características dichas, supondría el nacimiento de una función del Estado que cubriría completamente la necesidad de conservación y restablecimiento de la salud de los individuos. A. GUAITA MARTORELL, *Derecho Administrativo especial*, cit., vol. II, págs. 138 y ss., establece a nivel conceptual las afinidades existentes entre estas actividades jurídico-administrativas.

hospital (25), olvidándose por completo de otros niveles asistenciales y fundamentalmente del primario. Evidentemente ese proceso de culturización médica en torno a la medicina hospitalaria hace que tengamos un desarrollo sobre el mismo de primera línea desde el punto de vista asistencial, docente e investigador, pero obsoleto en tanto que la orientación del servicio sanitario pasa hoy por la atención primaria de salud y por la salud comunitaria.

Esto significa que cobran más importancia los niveles sanitarios de primera línea y las atenciones que van dirigidas a promover la salud de las colectividades que son, sin duda, dos signos opuestos a lo que ha caracterizado y caracteriza nuestro sistema sanitario desde una perspectiva funcional, el hospital y la atención individualizada (26).

Otro factor de tensión en el sistema sanitario español estrechamente ligado al alarde megalomónico antes descrito y causa de dispersión con profundos efectos en cuanto al desequilibrio social y geográfico que supone, es la desigual distribución de efectivos personales disponibles. La tendencia a la especialización y las mejores perspectivas profesionales y económicas han provocado que las nuevas generaciones de médicos muestren una tendencia inequívoca a permanecer en las ciudades con evidente perjuicio para las zonas rurales.

Esto exige una planificación sanitaria adecuada por parte de la Administración dotando de medios a todos los ciudadanos bajo los principios de igualdad y universalidad que la nueva Ley propone (27).

(25) J. ORTIZ DÍAZ, *Hacia una reordenación...*, cit., págs. 153 y ss. Aparece como una institución para acoger a pobres y cuidar a enfermos indiferenciado y gratuito. En el Reglamento de 14 de mayo de 1852, de la Ley de Beneficencia de 20 de junio de 1849, se incluyen bajo la rúbrica de beneficencia servicios claramente hospitalarios. Prevalece, por tanto, el criterio de las calificaciones socioeconómicas de los usuarios sobre el sustancial de la prestación: «... la curación de los enfermos en los hospitales debe limitarse en lo posible a los que no tengan domicilio en el pueblo en que enfermen y a los que padecieron enfermedades sospechosas». Con la expansión de prestaciones en la Seguridad Social se crearán nuevos centros asistenciales, que huyen de la denominación de hospitales por el contrapeso social que tenía en la época de la beneficencia: residencias, ciudades sanitarias, etc. Jesús Miguel TEJEDOR MUÑOZ, *La asistencia hospitalaria de la Seguridad Social en España y en la Comunidad Económica Europea*, «Revista de Sanidad e Higiene Pública», núms. 1-2, 1987, págs. 85 y ss.

(26) En la Conferencia Internacional organizada conjuntamente por la OMS y la UNICEF en Alma-Ata, 12 de septiembre de 1978, sobre la Atención Primaria de Salud, las representaciones de los 134 gobiernos asistentes adoptaron unánimemente una Declaración que afirmó que la atención primaria de salud es la clave para lograr la salud para todos en el año 2000: *La salud para todos en el año 2000: 146 naciones evalúan la estrategia crucial* (especialmente los cambios demográficos y epidemiológicos rápidos sucedidos durante el período considerado: 1978-1984), «Revista de Sanidad e Higiene Pública», núms. 7-8, 1986. La I Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, reunida en Ottawa el 21 de noviembre de 1986, presenta una línea de acción para alcanzar la salud para todos en el año 2000 y más allá: *Carta de Ottawa para Promoción de la Salud*, «RSHP», núms. 1-2, 1987, págs. 781 y ss.

(27) Andrzej WOJTCZAK, «Salud en Europa: cambios en los conceptos y perspectivas», publicado en el volumen citado sobre la Reforma Sanitaria en España, y refiriéndose al Reino Unido, advierte cómo mientras que los profesionales sanitarios continúan admirando los equipos sofisticados y educan al personal futuro a depender de ellos, muchas personas han comenzado a sentirse insatisfechas por la falta

Hasta la creación del Ministerio de Sanidad, la organización sanitaria se constituye en el Ministerio de la Gobernación y más concretamente en el nivel orgánico de una Dirección General, la de Sanidad, que asume funciones de contenido específico. Ello, unido a la ausencia de un órgano superior de la Administración estatal exclusivo de la actividad sanitaria, lleva a calificar como estrictamente técnica la organización sanitaria nacional (28). Ello conlleva la existencia de un personal especializado con medios e instalaciones adecuadas a la actividad. Pero paralelamente, por los amplios contextos en que se desenvuelve la salud pública —comercio, industria, agricultura, etc.— aquellas actividades propias concurren con otras de áreas administrativas diferentes. Llegándose a la conclusión de que la Administración de la Salud Pública es una auténtica Administración general o de cuestiones generales.

Ello lleva aparejado la exigencia de un apartado estrictamente burocrático o de apoyo a la organización especializada. Lejos de cubrirse con personal de ese orden, son los profesionales con formación especializada los que se dedican a ese quehacer, desplazándose de su lugar propio y disminuyendo la actividad técnica a niveles menos funcionales (29).

Esto explica que la organización sanitaria se estructure sobre determinadas profesiones, las típicamente sanitarias y que en su entorno se mueva las funciones y servicios de aquélla. Esa tecnoestructura estamentalizada y centrada en la actividad de prevención y reparación de la salud se ve hoy profundamente afectada por la evolución expansiva de las tareas del Estado en relación con la salud, que necesariamente ha de ser más compleja y diversificada, con profesiones distintas de las que tradicionalmente han jugado en ese ámbito y con un planteamiento interdisciplinario en la dirección y en la gestión. Equipo multiprofesional y plural, con participación ciudadana y a nivel descentralizado, que orienten la sanidad como una faceta más de la sociedad a la que sirven y no como una estructura sobre la que se monta.

La participación comunitaria contribuyen al interés por las necesidades locales y sirven de contrapeso a las tendencias de la tecnocracia en la planificación sanitaria. Participación individual como usua-

de asistencia necesaria para satisfacer las necesidades humanas y psicológicas que surgen de la enfermedad, poniendo especial énfasis en la existencia de médicos de familia generales.

(28) L. MORELL OCAÑA, *Observaciones sobre...*, cit., págs. 64 y ss. Señala: «... se trata de una Administración especializada o sectorial». Apunta por la creación de un Ministerio de Sanidad, aunque con la reserva de si ello implicará la pérdida de las actividades propias de una Administración de cuestiones generales, que hoy es, y cada día más, esta rama de la Organización administrativa.

(29) PISSARRO, «Gestión y administración sanitaria», en el volumen citado *La reforma sanitaria en España...*, plantea la pregunta sobre quiénes deben ser los gestores y administradores en el campo sanitario: ¿pueden ser los profesionales de otros campos? La respuesta es afirmativa y a nivel político, sindical y asociativo y, por supuesto, interprofesional. Y respecto a la formación de los profesionales médico-sanitarios, debe sufrir un proceso de adaptación a los nuevos conceptos y a nuevas ideas no integradas en sus planes de estudios.

rio del sistema a través de los cauces adecuados, no en relación de dominación y participación plural a través de organizaciones profesionales y sindicales, abiertas a la comunicación, así como a la educación sanitaria.

El libre ejercicio de la profesión médica ha sido a lo largo de la historia de la sanidad nacional un factor importante. Responsable en principio y en exclusiva de la salud propia, como se ha visto, y conviniendo después a través del mutualismo mercantil que casi desaparece, con el desarrollo de una red de prestaciones bajo el esquema de la previsión social servida por profesionales asalariados.

A medida que se desarrolla el INP pierde niveles de demanda el libre ejercicio profesional, pero los profesionales médicos perfunden paulatinamente la estructura sanitaria pública al objeto de ejercer privadamente en ella. Saprofitismo que provoca una indefinición del ámbito o sector público frente a la iniciativa o actividad particular.

El sector privado tiene expectativas en tanto que el sector público no mejora el rendimiento de sus propios centros y crece como consecuencia de la insuficiencia de éste para satisfacer la demanda y los servicios sanitarios que los ciudadanos generan.

Todos los centros privados suelen tener un comportamiento mixto, es decir, conciertan con el sector público y efectúan rentas de servicios a individuos directamente. Por otra parte, ciertos colectivos médicos tienen la potestad del ejercicio privado en un centro público, a veces legalmente reconocido, provocando situaciones de discriminación entre los pacientes y de disconformidad y conflicto entre los propios profesionales. Asimismo el profesional asalariado del sector público puede favorecer el tratamiento de su cliente privado utilizando las facultades que aquella condición le da.

El criterio de reparto de actividades entre uno y otro sector ha sido el móvil de lucro, indiscriminado y no controlado. El beneficio o ganancia a través del seguro y no el factor de complementariedad por sectores o actividades no cubiertas, ha motivado la iniciativa privada en gran medida.

La garantía del libre ejercicio profesional y de empresa constitucionalmente reconocido deben marcar las líneas de acción del sector privado, conviniendo la medicina liberal y la medicina socializada, pero ha de encontrarse fórmulas que permitan un desarrollo del sector público sin un sector privado dependiente de él mismo, sino del propio mercado (30).

En España, a partir de 1978 el hecho constitucional incorpora una realidad nueva de descentralización política a la que no es ajena el sector que analizamos. Todo lo sanitario, como se ha dicho, estaba centralizado, excepto aquellas acciones que no gozaban de trascendencia o no se consideraban importantes: el control medioambiental, la sanidad de urgencia, la asistencia benéfica local y provincial. Es decir, las

(30) P. P. MANSILLA IZQUIERDO, *Reforma sanitaria...*, cit., págs. 153 y ss.; J. M. PAS-TRANA FERNÁNDEZ, *El Servicio público de la sanidad...*, cit., págs. 19 y ss.

acciones sanitarias de cierta efectividad eran desarrolladas por los organismos centrales del Estado.

Por tanto, la instauración de las Comunidades Autónomas tienen una trascendencia de primer orden y no ya de cara a la nueva Ley, sino también con vista a un cierto pasado, aunque sea remoto. Cada Administración Autónoma ha ido creando su propia organización y ha puesto niveles de responsabilidad política diferente dentro del territorio nacional.

Si no se acierta a poner a disposición de las mismas un dispositivo sanitario suficiente para atender las necesidades sanitarias de la población residente en sus respectivas jurisdicciones, para aquellas Comunidades que no hayan recibido transferencias en este sector, o no se estructura, mediante fórmulas de coordinación y participación suficientes, los vínculos con las que si lo recibieron e incluso lo han desarrollado, las dificultades organizativas y sustantivas tradicionales pueden incrementarse.

En suma, pues, el proceso de tránsito en la Sanidad española que supone convertir un sistema cuyas grandes características son la multiplicidad de redes públicas, el hospitalocentrismo, el paternalismo promotor de desigualdades y el centralismo; por un sistema organizado sobre la base de un Sistema Nacional de Salud, que maneja una concepción integral de salud, donde los derechos sanitarios de la población y el derecho a la salud, a la cabeza, sean algo efectivo y estructurado en el contexto del Estado diseñado en nuestra Constitución de 1978, no es fácil.

III. EL MARCO CONSTITUCIONAL Y SUS PROBLEMAS

A) *Determinación del ámbito de funciones de los poderes públicos*

La inclusión del artículo 43 de la Constitución española, que reconoce a todos los españoles el derecho a la protección a la salud, dentro de los principios rectores de la política social y económica, supone el inicio de un proceso de trascendental importancia tanto para el Estado por el mandato que impone a los poderes públicos en aras a tutelar y organizar la salud pública como para el propio ciudadano que, consciente de las disfunciones existentes en el sector sanitario, busca la concreción de tal responsabilidad en los amplios márgenes de un Estado social constituido (31). La Ley General de Sanidad de 25 de abril de

(31) El concepto de Estado Social, como promotor en la tarea de satisfacer necesidades sociales, constituye la traducción jurídica del concepto económico del Estado de Bienestar keynesiano, o *Welfare State*, y cuya construcción es obra fundamental de la ciencia jurídica alemana, y especialmente de FORTSHOFF, por oposición al Estado Liberal de Derecho. *El Estado de la sociedad industrial*, trad. esp. de LÓPEZ GUERRA y NICOLÁS MUÑIZ, IEP, Madrid, 1975. Expresión, *Daseinvorsorge*, comprensiva de la acción social del Estado contemporáneo, que ha tenido eco en nues-

1986 recoge los principios informadores de la política económica y social del Estado y establece los derechos y obligaciones de «todos» al respecto, como le impone el propio artículo 43.

El texto constitucional como punto de arranque en el marco legal de la reforma sanitaria producida, afectado profundamente por la existencia de las Comunidades Autónomas, plantea la cuestión sanitaria con profusión y reiteración. El artículo 43.2 se ocupa de la salud de modo directo y concreto, pero hace referencia a acciones protectoras relativas a la misma en los siguientes preceptos: artículo 41, por el que «los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos...»; artículo 40.2, que «... velarán por la seguridad e higiene en el trabajo...»; artículo 43.3, «... fomentarán la educación sanitaria...»; artículo 45.2, «... proteger y mejorar la calidad de vida y defender y restaurar el medio ambiente...»; artículo 49, «... realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos...»; artículo 50, con referencia a la tercera edad, «... promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud...»; artículo 51.1, con respecto a consumidores y usuarios, «... protegiendo... la salud...», u otros como el artículo 15, que protege la vida y la integridad física y moral; el artículo 39.2, que asegura la protección integral de los hijos y de las madres; el artículo 47, que recoge el derecho a disfrutar de una vivienda digna y adecuada, o el artículo 44, que promueve el acceso a la cultura, la ciencia y a la investigación científica, etc. (32).

tra doctrina, afectada posteriormente por un nuevo sistema de articulación Estado-Sociedad y por la construcción de una sociedad industrializada, heterogénea y en crisis, donde el poder político se encuentra en la tarea de «promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas, así como el de remover los obstáculos que impidan y dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social», como reza el artículo 9.2 de la CE. Véanse Lorenzo MARTÍN-RETORTILLO BAQUER, *La configuración jurídica de la Administración pública y el concepto de «Daseinvorsorge»*, núm. 38 de esta REVISTA, 1962; Manuel GARCÍA PELAYO, que presenta una adecuada traducción del mismo a través de la expresión «procura existencial», en *Las transformaciones del Estado contemporáneo*, Alianza Universitaria, Madrid, 1980; Angel GARRORENA MORALES, *Estado español como Estado social y democrático de Derecho*, Tecnos, Madrid, 1984; Luciano PAREJO ALFONSO, *Estado social y Administración Pública*, Cívitas, 1983.

De forma sistemática describe WILLIAMS BEVERIDGE el contenido básico de esta acción prestadora del moderno Estado social, al señalar que el objetivo fundamental de la actuación social del poder público está en la sociedad: la ignorancia, la suciedad, la ociosidad, la indigencia y la enfermedad. Contra la enfermedad, el Estado debe implantar una política de prevención y asistencia caso de enfermedad, garantizando el acceso de todos a los medios sanitarios, y contra la indigencia, el poder político debe garantizar un sistema de ayudas a los desempleados y los desvalidos —niños, enfermos, ancianos, impedidos—, así como una justa distribución de la riqueza y de los rendimientos de la propiedad.

(32) P. P. MANSILLA IZQUIERDO, *Reforma Sanitaria...*, cit., pág. 45. Señala que el análisis de estos textos debe hacerse desde la concepción que de su contenido tenga el cuerpo social con una visión dinámica y convergente de distintos agentes: biólogos, psicólogos, sociólogos, culturales, económicos, climáticos, territoriales,

Es de gran interés en el esquema el reparto de competencia en esta materia entre el poder central y los poderes territoriales del Estado; en concreto, las Comunidades Autónomas, en unos términos que muy poco se corresponden con los recogidos en el artículo 43 y que disgrega la materia sanitaria en otras cuestiones parciales: artículos 148 y 149, que hablan de sanidad e higiene, de asistencia social, de sanidad exterior, de productos farmacéuticos, etc. (33).

Posiblemente esta indeterminación tenga su origen en el mismo proceso de formación del artículo 43.2.

El artículo 31.2. del anteproyecto constitucional determinaba como objeto de organización y tutela por parte de los poderes públicos a «la sanidad y la higiene», texto que se mantuvo en Ponencia y Comisión. Fue en el Senado, tanto en Comisión como en Pleno, donde se introduce la expresión «salud pública» sustituyendo a sanidad e higiene y mantenida por la Comisión Mixta Congreso-Senado (34).

etcétera, es decir, desde una perspectiva integral. Manuel María ZORRILLA RUIZ, en la segunda parte del «Comentario a la Ley de 25 de abril de 1986», en el volumen de MARTÍNEZ-CALCERRADA citado, señala que la correlación entre los artículos 149.1.16 y el 15 de la CE completa un ciclo de definición que inicia éste reconociendo el derecho a la integridad física: «Si el artículo 15 protege el hecho de existir, el artículo 43.1 salvaguarda el elemento indispensable para la continuidad de la subsistencia —que es la ausencia de cualquier mal debilitante y a cubierto del cual se pone el sujeto— y el artículo 149.1.16 autoriza a definir la Sanidad como el estado colectivamente resultante de salvar (*salus* = salvación) los impedimentos que se pongan a la supervivencia física del sujeto o que puedan dificultarla gravemente.» Francisco Javier YUSTE GRIJALBA, *La salud en la Constitución española y en los Estatutos de Autonomía de sus nacionalidades y regiones*, «Revista de Sanidad e Higiene Pública», núms. 3-4, 1983, págs. 277 y ss.; J. A. GONZÁLEZ ENTRENA, *Reforma Sanitaria y Autonomías*, «RSHP», núms. 5-6, 1986, págs. 499 y ss.

(33) La cuestión a plantearse en ese momento era cuál es el papel de las Corporaciones Locales en esta materia; cómo participaban en el reparto de competencias; qué debía recoger la futura Ley y cómo condicionaba a las Comunidades Autónomas; se reconocería el papel histórico de tales entes en el sector sanitario; si se extendía la sanidad a todos los ciudadanos, se tendría en cuenta que eran los municipios las instituciones más próximas a él. En su momento analizaremos este punto.

Otro aspecto de amplia discusión en el proceso constituyente fue el modelo sanitario adecuado dentro de una economía de mercado y en estrecha coordinación con los derechos reconocidos en los artículos 36 y 38 CE al ejercicio libre de la profesión y a la libertad de empresa. Medicina liberal-medicina socializada. Como señala M. A. RODRÍGUEZ BERZOSA, «El Servicio público de la Sanidad», en el volumen citado *Derecho Médico*, dirigido por L. MARTÍNEZ-CALCERRADA, págs. 786-795. Hoy la polémica se encuentra superada, de manera que, salvo casos aislados, los modelos sanitarios conjugan la acción pública y la privada. «De manera que no es defendible la existencia de un monopolio estatal frente a la concurrencia de los particulares, pero tampoco que el Estado deba inhibirse en esta materia. Por el contrario, le incumbe y le es exigible la función de garantizar a los ciudadanos la adopción de las medidas precisas para salvaguardar la salud pública, y en este contexto le corresponde la reglamentación, el control y la coordinación sanitaria.»

(34) Efrén BORRAJO DACRUZ, en su «Comentario al artículo 43 de la CE», incluido en *Comentario a las Leyes Políticas: Constitución Española de 1978*, dirigida por ALZAGA, tomo IV, págs. 147 y ss., recoge este proceso constituyente con referencia a los *Trabajos parlamentarios*, Ed. Cortes Generales, Madrid, 1980. Puede haber influido en los constituyentes el espíritu de la OMS, que, con una visión universalista, entiende la salud como «... un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no consiste solamente en una ausencia de enfermedad o dolencia». Gerardo CLA-

La misma indefinición en los términos se recoge del estudio comparado de los artículos 41 y 43.2 de la Constitución en cuanto al contenido de la material sanitaria. Indeterminación jurídica intencionada posiblemente entonces, pero con escaso sentido hoy tras la Ley 14/1986. La cuestión de fondo es si con el empleo, por dos veces, de la palabra «asistencia» en el artículo 41, la Carta constitucional estaba «propiciando» que la asistencia sanitaria de la Seguridad Social se mantuviera en el sistema de previsión social.

La doctrina en este punto ha manenido y mantiene criterios dispares dentro de la alternativa: separación entre la Sanidad y Seguridad Social, absorción de la Sanidad en la Seguridad Social y absorción de la Seguridad Social en la Sanidad. Oscar ALZAGA VILLAAMIL señala que en alguna medida se observa una cierta superposición entre el régimen público de la Seguridad Social, mencionado en el artículo 41, y las prestaciones y servicios necesarios aludidos en el artículo 43.2. Y opina que hubiera sido preferible que ambos preceptos se hubieran refundido. Fernando GARRIDO FALLA insiste en la misma idea argumentando que la asistencia sanitaria ha sido el principal rasgo distintivo de la Seguridad Social. Para E. BORRAJO DACRUZ, la Constitución es neutral en cuanto a la organización del sistema sanitario y señala que de hecho lo que se deduce del artículo 43 es, sin más, una atribución genérica de competencias a los poderes públicos para organizar la salud pública. Esto le lleva a acoger la existencia de un modelo mixto, apuntado antes por A. BARRADA RODRÍGUEZ, que permite la coexistencia de un sistema sanitario unitario, con el derecho a la asistencia sanitaria como integrado en las prestaciones de la Seguridad Social. Fórmula ésta adecuada de transición, señala FERNÁNDEZ PASTRANA, que coincidiría con el principio de universalidad subjetiva en el ámbito de cobertura de la Seguridad Social. F. MANRIQUE LÓPEZ, a la vista ya de la Ley número 14/1986, señala la «deslaboralización» de la asistencia sanitaria prestada por el Sistema de la Seguridad Social, partiendo de concepto integral de salud que propone y su aplicación a todos los españoles. P. P. MANSILLA IZQUIERDO, desde el punto de vista de la financiación del sistema, señala que el modelo sería ir sustituyendo cotización por impuestos que permitiría a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social salir de ese marco jurídico y al ser una prestación universalizada no se podría exigir por ella un pago adicional al cargado en el impuesto. En base a razones jurídicas y económicas indica que la Ley apuesta por una fórmula mixta, que consiste en mantener la asistencia sanitaria del INSALUD en el marco jurídico de la Seguridad Social, aunque progresivamente el peso de la financiación de la misma vaya siendo asumido por los Presupuestos Generales del Estado (35).

VERO GONZÁLEZ y Antonio SIERRA LÓPEZ, *Actualización del concepto de salud pública*, «Revista de Sanidad e Higiene Pública», núms. 3-4, 1983, págs. 221 y ss.

(35) Véanse Oscar ALZAGA VILLAAMIL, *La Constitución Española de 1978*, Ed. Faro, Madrid, 1978, págs. 318 y ss.; Fernando GARRIDO FALLA, *Comentarios a la Constitución*, Civitas, Madrid, 1980, págs. 491 y ss.; Efrén BORRAJO DACRUZ, «El derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social», en el *I Congreso Nacional de Dere-*

B) *La protección de la salud como derecho constitucional.
Límite a las libertades individuales*

La norma constitucional, en su artículo 43.1, reconoce como objeto esencial de la actividad sanitaria la protección de la salud. Para la efectividad de tal derecho que extiende a todos los ciudadanos, faculta a los poderes públicos para organizar los servicios necesarios y tutelar ese bien público.

No reconoce el Acta el derecho a la salud, cuyo objeto sería de imposible cumplimiento, sino el derecho a que los poderes públicos, a fin de asegurar el ejercicio efectivo de la protección de la salud, adopten las medidas apropiadas para eliminar, en lo posible, las causas de una salud deficiente, a prevenir las enfermedades, a su curación en caso de pérdida, a fomentar el nivel educativo y el sentido de responsabilidad en lo concerniente a la misma, y facilitar la reinserción social de las personas, individual y colectivamente (36).

La inclusión de este derecho dentro de los principios rectores de la política social y económica, Capítulo III del Título I de la Constitución que reza bajo el epígrafe «de los derechos y deberes fundamentales», lo sitúa de origen en la lista de enunciaciones de obligaciones que asume el Estado español en cuanto Estado Social y que obliga primariamente a él e indirectamente al ciudadano, que sólo vería afectada su esfera jurídica a través del cumplimiento por aquél de tales obligaciones (37).

cho del Trabajo y de la Seguridad Social, Málaga, 1980, págs 8 y ss.; A. BARRADA RODRÍGUEZ, *Los derechos de la Seguridad Social en la Constitución Española de 1978*, «Revista de la Seguridad Social», núm. 2, 1979; J. M. FERNÁNDEZ PASTRANA, *El Servicio público...*, cit., págs. 83 y ss.; F. MANRIQUE LÓPEZ, *Ley General de Sanidad...*, cit., pág. 853; P. P. MANSILLA IZQUIERDO, *Reforma Sanitaria...*, cit., págs. 128-129. Las posiciones del Derecho comparado en este punto optan por el modelo de una clara separación entre el derecho a la protección a la Salud, el derecho a la Seguridad Social y el derecho a los beneficios de los Servicios Sociales: artículos 11, 12 y 14 de la Carta Social Europea del Consejo de Europa (Turín, 1961); o el artículo 25.1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 1984); Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU, 1966), artículos 9 y 12. E. BORRAJO DACRUZ, en el comentario citado al artículo 43, señala que la indeterminación viene motivada y casi consentida por los partidos políticos, debido a factores sociales y económicos que se verían profundamente afectados.

(36) Medidas fundamentales en el contenido recogido por el artículo 11 de la Carta Social Europea (18 de octubre de 1961), en las recomendaciones de la OIT y en los criterios de la OMS.

(37) E. GARCÍA DE ENTERRÍA y T. R. FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, *Curso de Derecho Administrativo*, Civitas, vol. II, págs. 66 y ss. Señalan cómo, en el plano constitucional, los principios recogidos en el Capítulo III del Título I no definen ni obligaciones propiamente tales de los entes públicos ni derechos subjetivos del ciudadano, sino más bien «determinaciones de fines del Estado». «Sobre la Administración pesan, pues, deberes genéricos, no verdaderas obligaciones en sentido estricto, deberes para cuyo cumplimiento se entiende que gozan de una amplitud discrecional. Correlativamente, al administrado no se le reconoce como titular de ese derecho, sino, a lo sumo, una posición de interés débilmente protegida.» Edorta COBREROS MENDAZONA, *Reflexión general sobre la eficacia normativa de los principios constitucionales rec-*

Este esquema evidentemente ha producido una densa problemática jurídica. Desde quien considera la salud y su tutela con contenido esencial vinculado al derecho a la vida, preguntándose por qué los constituyentes no la incluyeron dentro de los derechos fundamentales y quién plantea que el problema está en determinar cómo y con qué alcance quiso el constituyente protegerla (38).

La base del sistema está en el artículo 53.3 de la CE, que otorga una garantía inferior a los «derechos» reconocidos en el reiterado capítulo, al disponer que «sólo podrán ser alegados ante la jurisdicción ordinaria de acuerdo con lo que dispongan las leyes que los desarrollen».

GARCÍA DE ENTERRÍA considera esta expresión como desgraciada, pero que claramente «... no puede interpretarse como una prohibición de alegación, y menos de aplicación... de tales principios por los Tribunales ordinarios, interpretación que sería contraria con el párrafo inmediatamente anterior del mismo precepto, que hemos visto que impone... que dichos principios informaron la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos». Lo que intenta decir el artículo es que al formular tales principios, la Constitución no ha pretendido configurar verdaderos derechos fundamentales, sino principios propiamente dichos (39). Para GARRIDO FALLA no siempre que aparece la palabra derecho en la Constitución se está consagrando un auténtico derecho subjetivo, «... a lo sumo de intereses legítimos...» (40).

tores de la política social y económica del Estado, «Revista Vasca de Administración Pública», núm. 19, 1987, págs. 27 y ss.

(38) MANSILLA, *Reforma sanitaria...*, cit., págs. 23 y ss.; ZORRILLA RUIZ, *Comentarios a la Ley General de Sanidad...*, cit., págs. 882 y ss. FRANCISCO JAVIER AMORÓS BORDA, «Comentarios a los Principios de la política social y económica», en *Constitución Española de 1978*, cit., págs. 3 y ss., señala que, ante el eventual desconocimiento por parte del Estado del mandato constitucional, el ciudadano no puede exigir ante la jurisdicción que los órganos estatales correspondientes instrumenten, a fecha dada y en sentido determinado, la conducta en que el deber consiste. No puede entenderse, sin embargo, que la operatividad de los servicios rectores de la política económica y social en nuestro sistema constitucional puede ser diferida indefinidamente por la voluntad de un Estado refractario a las demandas sociales. Como instrumentos, entre otros, señala: la fuerza vinculante de las normas del citado Capítulo III en base a los artículos 9.1 y 53.3 de la misma Constitución; el empleo por el ciudadano de los adecuados medios de presión frente al poder y su capacidad de movilización, artículo 29 de la CE (derecho de petición), artículo 6 (acción de los partidos políticos), artículo 87.3 (iniciativa legislativa popular); mecanismos de participación y presión de colectivos sociales, etc., especialmente cuando no se parte de cero en la prestación de los derechos que contiene, sino que casi siempre existe una realidad que simplemente hay que adaptar, mejorar o fomentar. Pero, en sentido contrario, argumenta que el cumplimiento de las normas del citado capítulo pueden verse considerablemente demoradas en la medida que lo consienta «... el propio discurrir del proceso político, las disponibilidades presupuestarias, el grado de desarrollo de la red de servicios administrativos y la estabilidad del sistema...».

(39) *La Constitución como norma y el Tribunal Constitucional*, Civitas, Madrid, 1981, págs. 68 y ss.

(40) *Comentarios a la Constitución*, Civitas, Madrid, 1980, págs. 579 y ss. «Se trata fundamentalmente de "normas de acción"... dirigidas a los poderes públicos para que actúen, en un sentido determinado...»

La operatividad pospuesta por el constituyente en materia de salud ha alcanzado su desarrollo normativo, a tenor de la reserva de ley que el propio artículo 43.2 hace en la Ley de 25 de abril de 1986 dentro de un objetivo básico: salud para todos. Esto debe alcanzarlo fijando, por un lado, las obligaciones de los poderes públicos (fundamentalmente: organización y tutela), y por otro lado, regulando la conducta de los particulares.

En el primer caso se otorga una habilitación para que el Estado, las Comunidades Autónomas y los demás poderes públicos administrativos establezcan servicios públicos «organización» o para que coordinen, controlen o vigilen por sí mismas o a través del poder judicial las actuaciones de otras entidades, públicas o privadas, que actúen en la misma área, «tutela». En el segundo caso, la ley ordinaria establecerá para los ciudadanos la tabla de derechos y obligaciones: beneficios, responsabilidades, información, participación, etc.

El artículo 43.2 CE configura la sanidad como un servicio público (41) y ello implica que la titularidad de la función corresponde al Estado y por tanto la responsabilidad última de su actuación, que se encuentra legitimado para reglamentar la actividad, para someterla a una especial disciplina y para ejercer los controles correspondientes sobre las entidades, públicas o privadas, que la realicen. No obstante, ello no debe llevarnos a que la gestión ha de ser asumida asimismo por la propia Administración, como tampoco que dicha concurrencia haya de llevarnos a cabo a través de una concesión o concierto, ya que en materia sanitaria cabe la actividad privada y libre, pero con la consiguiente autorización u homologación administrativa (42). Circunstancias éstas que no son deducibles del texto constitucional, pero que sí apunta su desarrollo legal, en el sentido de gestión por los poderes públicos, aunque lógicamente no se cierra al principio de libertad de empresa (43).

El objeto de ese servicio, la salud pública, ha de considerarse con un significado amplio. Abarcando no sólo la medicina de salubridad de un determinado ambiente, la denominada medicina preventiva o de promoción de la salud, sino que ha de referirse también a la medicina asistencial. Sentido en el que se recoge en el reiterado artículo 43.2:

(41) F. GARRIDO FALLA, *El modelo económico en la Constitución*, vol. I, IEE, Madrid, 1981, págs. 72 y ss.

(42) GARRIDO FALLA, en el trabajo citado en nota anterior, advierte que el examen comparativo de los servicios públicos asistenciales y económicos nos debe conducir a un replanteamiento de la teoría jurídico-administrativa del servicio público más ajustado a la Constitución.

(43) J. M. FERNÁNDEZ PASTRANA, *El servicio público de sanidad...*, cit., págs. 31 y ss. Señala las diferencias entre un Servicio Público de Salud, que, según expresa, es el que se deduce de la Constitución, y un Servicio Nacional de Salud monopolizado. Este implica normalmente aquél, pero la proposición inversa no es cierta. En la misma línea se plantea el autor los derechos al establecimiento y acceso al servicio como culminación del deber de la Administración. Creado el servicio por ley, según mandato constitucional, y extendida la asistencia sanitaria a todos los ciudadanos, su acceso surge en virtud de un derecho subjetivo cuya regulación surge de la propia norma.

«... a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios», contenido éste suficientemente analizado.

Desde el punto de vista del ciudadano y configurada la salud pública como conjunto de medidas en defensa y protección del interés colectivo, el Estado puede imponer innumerables obligaciones y limitaciones especiales (44).

Para MORELL OCAÑA, la función pública sanitaria ha sido concebida en la Administración decimonónica como una actividad esencialmente preventiva y encauzada a través de medidas típicamente policiales (45). En el centro de la dialéctica está la concepción del riesgo sanitario como problema de orden público que ha servido exclusivamente para la utilización de la potestad de sanción pecuniaria de manera excesiva y poco útil, ya que si el riesgo sanitario se extiende, señala MORELL, la habilitación legal en favor de las autoridades sanitarias no proviene de los mecanismos coercitivos dimanantes de la normativa existente en materia de orden público, sino de las propias normas sanitarias, que ha previsto el peculiar estado de excepción que puede llevar consigo un generalizado peligro contra la salud pública (46). Más bien suponía la posibilidad de disponer de resortes, jurídicamente admisibles, para recortar libertades individuales (47).

Las fuentes de limitación de derechos que utiliza la Administración provienen tanto de su potestad normativa como la propia actividad

(44) Así lo establecía la Ley de Bases de Sanidad Nacional, de 25 de noviembre de 1944, en su Título Preliminar, Base única. Tras destacar que incumbe al Estado el ejercicio de la función pública de sanidad, establece que «para el logro de la salud y el fortalecimiento de los ciudadanos, ... el Estado podrá imponer obligaciones y limitaciones especiales. Por tanto, en los casos y en las condiciones que prevengan las leyes y los reglamentos, podrá ordenarse con carácter obligatorio las vacunaciones, el empleo de medios preventivos, el reconocimiento individual, el aislamiento, la hospitalización, la vigilancia y otras medidas sanitarias de prevención y tratamiento...». A. GUAITA MARTORELL, *Derecho Administrativo Especial*, vol. II, cit., págs. 156-157. Al estudiar la actividad preventiva o reparadora, señala «... que es fundamentalmente... actividad de policía, lo que comporta todo un vasto sistema de limitaciones... que legitima la intervención de la Administración en la actividad de los particulares».

(45) L. MORELL OCAÑA, *La evolución y configuración actual...*, cit., págs. 136 y ss.: «... basta, para comprobarlo, asomarse a la legislación y a la doctrina del siglo para encontrar siempre un idéntico planteamiento». Recoge una amplia exposición a este respecto. Sabino ALVAREZ-GENDÍN Y BLANCO, «Régimen Administrativo de la Sanidad», en *Estudios en homenaje a López Rodó*, USC-UC-CSIC, Madrid, 1972, págs. 421-440.

(46) M. F. CLAVERO ARÉVALO, *Ensayo de una teoría de la urgencia en el Derecho Administrativo*, núm. 10 de esta REVISTA, 1953, págs. 25 y ss. Recoge este binomio, estado de excepción por razones sanitarias-situaciones anormales de orden público, como dos especies del mismo género.

(47) L. MORELL OCAÑA, *Observaciones sobre...*, cit., págs. 64-65. E. GARCÍA DE ENTERRÍA y T. R. FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, *Curso de Derecho Administrativo*, vol. II, págs. 96-98. Apuntan el tránsito conceptual de la actividad administrativa de policía o de orden público hacia la actividad interventora u ordenadora, en contraposición a la prestacional o a la de actos ablatorios, reelaborado por GIANNINI, o la de actividad de limitación de derechos, inaugurada por SANTI ROMANO, que considerarán útil mantener.

administrativa sanitaria, por supuesto y principalmente de la propia ley.

Con relación a la actividad administrativa sanitaria, sobre los criterios jurídicos han prevalecido los criterios técnicos, con abstracción en general de su incidencia sobre los derechos y libertades de la persona. Incluso cuando se ha apoyado en criterios jurídicos para la elección del medio técnico más adecuado para la satisfacción del interés general ha utilizado, por lo general, la Administración un poder exorbitante que le faculta para hacer lo que estime conveniente, a fin de proteger la salud colectiva a través de una discrecionalidad técnica que más bien representaba pura discrecionalidad (48). Ello llevaría a la doctrina en reiteradas ocasiones a recordar que «la política sanitaria como función del poder administrativo no puede menos de tener el carácter jurídico que corresponde a éste y hallarse limitada por las garantías que establezcan las leyes fundamentales a favor de los derechos de la personalidad», requiriéndose la protección del individuo frente a las «arbitrariedades del Poder que tienden a desconocer u hollar sus derechos con pretexto de la adopción de medidas salvadoras» (49).

El Derecho público tiene a punto toda una serie de técnicas para instrumentar sacrificios patrimoniales de bienes e intereses particulares o limitaciones de libertades en aras a la superioridad del bien colectivo, técnicas de aplicación ordinaria y normal no limitadas a situaciones de necesidad. Lo que estas situaciones hacen nacer no son poderes nuevos, sino una técnica expeditiva de aplicarlos, tanto en cuanto a la competencia como sobre el procedimiento.

Existen en el Derecho positivo español situaciones de estado de necesidad formalmente declaradas, así como otras situaciones excepcionales no declaradas como tales, pero que otorgan a la autoridad poderes también excepcionales. Tanto en una situaciones como en otras los poderes de policía se incrementan, habilitándoseles para adoptar medidas coactivas de ejecución inmediata sobre personas, bienes o cosas (50).

La Ley Orgánica número 4/1981, 1 de junio, reguladora del Estado de Alarma, Excepción y Sitio, en cuanto a situaciones de necesidad sanitaria, establece la posibilidad de declarar el estado de alarma cuando se produzca crisis sanitaria, tales como epidemias o situaciones de contaminación grave, o acordar las medidas extraordinarias que señala el artículo 11 o adoptar las medidas que establezcan las normas para la

(48) S. MUÑOZ MACHADO, *La sanidad pública en España...*, cit., págs. 34 y ss. Tras manifestar la paradoja que supone que la libertad, límite al exceso de intervención administrativa, sea el bien más sacrificado en beneficio de la salud pública, advierte cómo, aun superadas las situaciones epidémicas propias del siglo XIX, la Administración sigue invocando el principio *salus pública suprema lex*, para atribuirse potestades desorbitadas siempre que lo estimaba conveniente, a despecho de cualquier tipo de garantía jurídica.

(49) Según recoge MUÑOZ MACHADO de la voz «Sanidad» del *Diccionario de Administración Alcubillas*, 5.ª ed., Madrid, 1894, tomo IX.

(50) E. GARCÍA DE ENTERRÍA y T. R. FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, *Curso...*, cit., vol. I, págs. 681 y ss.

lucha contra las enfermedades infecciosas, la protección del medio ambiente y en materia de aguas, artículo 12.

Asimismo la Ley de Bases de Sanidad Nacional, en su Base cuarta, establecía la posibilidad de declaración formal de estado de necesidad sanitaria, aunque no era preciso la declaración formal para que pudieran tomarse las medidas oportunas; por ejemplo, en caso de estados epidémicos.

La Ley Orgánica número 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en materia de Salud Pública, al objeto de protegerla y prevenir su pérdida o deterioro, faculta a las autoridades sanitarias de las distintas Administraciones Públicas dentro de ámbito de sus competencias, para adoptar las medidas previstas por esta Ley, cuando así lo exijan razones sanitarias de urgencia o necesidad. La misma Ley prevé medidas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control, cuando se aprecien indicios racionales que permitan suponer la existencia de peligro para la salud de la población.

De manera concreta la serie de limitaciones a la libertad individual se han ido plasmando en nuestro Derecho positivo a través de la legislación sobre vacunas obligatorias, objeto de continuas polémicas entre defensores y detractores con argumentos varios; la legislación sobre aislamiento de enfermos infecciosos e internamiento forzoso de enfermos mentales; sobre actuaciones en estado de necesidad epidémicos, mediante empleo de los llamados cordones sanitarios y las cuarentenas; sobre exámenes médicos escolares obligatorios que a partir de 1982 en cuanto a exploraciones radiológicas se condicionaban a la autorización paterna.

Las técnicas utilizadas por la Administración con base jurídica suficiente y para proteger la salud colectiva serán mayoritariamente restrictivas de los derechos individuales.

Tras la Constitución de 1978 y con el más absoluto respeto por la protección del interés general, ha de instrumentarse el adecuado sistema para proteger y garantizar las libertades públicas y los derechos individuales. En este sentido, GARCÍA DE ENTERRÍA advierte que es absolutamente inadmisibles afirmar que la Administración disponga de un poder general implícito o derivado de la cláusula general de orden público para poder condicionar, limitar o intervenir los derechos y libertades constitucionalmente proclamadas en orden a una hipotética articulación de los mismos con la utilidad común o general. La articulación de las libertades públicas individuales con el interés general deberá buscarse en el sistema constitucional mismo y en las Leyes Orgánicas que lo desarrollen, artículo 81.1, y no en ninguna apreciación subjetiva de los funcionarios (51).

(51) *Curso...*, vol. II, págs. 61 y ss. «En modo alguno, pues, puede justificarse en los datos positivos de nuestro Derecho, la doctrina de alguna jurisprudencia anterior a la Constitución, según la cual el interés privado se supedita al general y público, pues de otro modo las funciones de Policía del Estado, en su amplia significación, habrían de claudicar ante el interés particular.» Miguel DOMÍNGUEZ-BERRUETA DE JUAN, Dionisio SÁNCHEZ-FERNÁNDEZ DE GATTA y Marcos FERNANDO PABLO, *Reforma*

Fuera de las hipótesis excepcionales, constitucionalmente reconocidas, el sistema de garantía de los derechos fundamentales es plenamente operante en las circunstancias ordinarias y normales, con la salvedad, siempre transitoria y extraordinaria, de las circunstancias excepcionales o de grandes calamidades no formalizadas en una situación de excepción o guerra en que la Administración aparece en su papel de salvadora.

Así, pues, la Administración, en el ejercicio forzoso de órdenes u actos administrativos de contenido sanitario, a través de la coacción directa o de la compulsión sobre las personas, debe observar unos principios elaborados por la legislación y la jurisprudencia: el de congruencia o proporcionalidad, por el cual sólo será legítima la elección y la configuración del medio limitativo que guarda proporción o congruencia inmediata con el motivo y el fin que legitimen la intervención. El segundo principio es el denominado «*favor libertatis*», que obliga a la Administración a escoger entre varios actos limitativos posibles habilitados por la ley, precisamente el que resulte menos restrictivo de la libertad individual (52).

Ante esta situación, el ciudadano garantiza la no desnaturalización del contenido esencial de sus derechos y libertades fundamentales, a través del mecanismo de reserva de ley que establece el artículo 53.1 CE y al disponer que los reconocidos en el Capítulo segundo del Título primero vincula a todos los poderes públicos. Es más, en base a lo dispuesto en el artículo 81.1 se establece una garantía reforzada a través de Ley Orgánica, para los contenidos en la Sección primera del mismo Capítulo segundo, donde se integra el artículo 15, derecho a la vida, como vínculo más directo con el artículo 43 (53).

Asimismo, los principios reconocidos en el Capítulo tercero del mismo Título sólo podrán ser alegados ante la jurisdicción ordinaria de

policial y Constitución: algunas claves para su interpretación, núm. 109 de esta REVISTA, 1986, págs. 373 y ss. Apuntan claramente cómo las actuaciones policiales se someten al respeto a la libertad individual y demás derechos ciudadanos, sin que puedan ser no ya limitados, sino interferidos mínimamente en modo no contenido u ordenado por la Ley.

(52) Juan Luis BELTRÁN AGUIRRE, *La incidencia de la actividad administrativa en los derechos y libertades fundamentales de las personas*, «RVAP», núm. 6, 1983, págs. 155-185.

(53) FERNÁNDEZ PASTRANA, *El servicio público...*, cit., pág. 77. Señala, sin lugar a ninguna duda, que no cabe recoger el contenido del artículo 43 CE en una Ley Orgánica, sino en Ley ordinaria: «... no afecta a ninguno de los supuestos contenidos en el artículo 81». MANRIQUE LÓPEZ es más contundente: «La atribución de semejante naturaleza es un tanto arbitraria a los fines del artículo 81...» La cuestión, creemos nosotros, es que con motivo de proteger la salud pública pueden violarse, afectarse o limitarse derechos y libertades fundamentales que sí merecen la garantía del artículo 81 CE. FRANCISCO LÓPEZ MENUÑO, *El principio de irretroactividad de las normas jurídico-administrativas*, IGO, Sevilla, 1982, págs. 210 a 228. En su análisis sobre el contenido y límites de los derechos individuales, de cara al principio de irretroactividad, y su vinculación a los derechos sociales, abre a nuestro criterio la posible vinculación jurídica del derecho a la protección de la salud, artículo 43, con el derecho a la vida, artículo 15, y el derecho a la dignidad personal, artículo 10 de la Constitución española.

acuerdo con lo que dispongan las leyes que los desarrollen. Por tanto, hay que subrayar que será la ley «... y sólo la ley» (54), el instrumento jurídico apto para configurar las obligaciones y responsabilidades del ciudadano de cara a la acción sanitaria pública. Esta reserva de ley se completa materialmente con otras muchas garantías, porque el derecho y el deber de salud están indisolublemente unidos a otros derechos del ciudadano y, en último término, al principio cardinal de la dignidad de la persona: artículos 10 y 15 de la CE, entre otros. Fundamento, esta construcción, del carácter orgánico de la Ley 3/1986 que hemos citado.

La Administración no podrá intervenir en el ámbito de los derechos fundamentales más que en virtud de una explícita e inequívoca habilitación legal (55). Quedan excluidos, por tanto, los Reglamentos independientes de esta materia, pero no así los Reglamentos de necesidad o contra *legem*, justificados únicamente en función de un estado de necesidad, emergencia o excepcionalidad y que por ello coloca en primer plano el viejo principio *salus populi suprema lex*. Por supuesto, su límite más importante es la temporalidad de su vigencia. No obstante, en materia sanitaria deben establecerse las cautelas necesarias para evitar en el mayor grado posible desarrollos reglamentarios que supongan actuaciones coactivas de la libertad (56).

C) *La distribución de competencias y articulación del sistema*

Sobre la base de ese concepto integrador de la Salud Pública, el Sistema Nacional se monta cargando el peso en las Comunidades Autónomas, Administraciones suficientemente dotadas y con la perspectiva territorial necesaria para que los beneficios de la autonomía no queden empeñados por la necesidad de eficiencia en la gestión. Así, pues, la Ley, en su Exposición de Motivos, dice el Sistema Nacional de Salud se concibe como el conjunto de servicios de salud de las Comunidades

(54) Así lo señala BORRAJO DACRUZ en *El derecho a la asistencia sanitaria*, cit., pág. 31. Actos normativos del Parlamento.

(55) E. GARCÍA DE ENTERRÍA y T. R. FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, *Curso...*, cit., vol. I, págs. 216-226, y vol. II, pág. 61; Rafael GÓMEZ-FERRER MORANT y CARRO FERNÁNDEZ-VALMAYOR, *La potestad reglamentaria del Gobierno y la Constitución*, núm. 87 de esta REVISTA, 1978, págs. 161-205, y Martín BASSOLS COMA, *Las diversas manifestaciones de la potestad en la Constitución*, núm. 88 de esta REVISTA, 1979, págs. 107-153, se manifiestan contrarios a tal solución sobre la base de que ello supondría una disminución de las garantías constitucionales previstas en el artículo 53.

(56) GARCÍA DE ENTERRÍA y FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, *Curso...*, cit., vol. I, págs. 192-193; Juan Luis BELTRÁN AGUIRRE, *La incidencia de la actividad administrativa...*, cit., pág. 181, y BORRAJO DACRUZ, *El derecho a...*, cit., pág. 6, quien señala que la Constitución española no recoge expresamente la «cláusula de salvaguardia de la salud» como límite en el ejercicio de los propios derechos fundamentales y de las libertades públicas, pero hay que entenderla subsanada en la cláusula general del Orden Público que aparece en el artículo 21.2, por ejemplo, y en todo caso se integra en nuestro ordenamiento jurídico desde los Pactos, Tratados y Convenios supra e internacionales ratificados por España.

Autónomas convenientemente coordinados, entre sí, decimos nosotros y con el Estado. Coordinación a través de la integración.

En cada Comunidad Autónoma se constituirá un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones y Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, gestionado bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma. Pero a su vez, todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud se integran en el Sistema Nacional de Salud, que, en definitiva, es el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

Pues bien, dibujado así el sistema el Estado goza para implantarlo de las facultades que le concede el artículo 149.1.16 de la CE. Tiene competencias exclusivas sobre la «sanidad exterior. Bases y coordinación general de la sanidad. Legislación sobre productos farmacéuticos». Asimismo, y en base a lo dispuesto en el punto 17 del mismo artículo 149.1, goza de competencias exclusivas sobre «Legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social».

Las Comunidades Autónomas, por su parte, y en los términos recogidos por sus respectivos Estatutos, podrán asumir competencias en materia de Asistencia Social y Sanidad e Higiene, artículo 148.1, puntos 20 y 21 de la Constitución, así como la ejecución de los servicios del régimen de la Seguridad Social, artículo 149.1.17.

Todo ello, sin perjuicio del marco establecido por el artículo 149.3 y de lo dispuesto por el 148.2 del mismo texto fundamental.

El Título II de la Ley General de Sanidad fija las competencias concretas de cada una de las Administraciones Públicas que intervienen en el desarrollo del sistema: el Estado, las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales. No obstante, no se agotan en él, sino que se extiende a otros Títulos, como son los propios de la coordinación general que se regula en el capítulo IV del Título III y la de «productos farmacéuticos» que los recoge la Ley en el Título V. Sin embargo, ejercerá también la «Alta Inspección», que, sin embargo, no aparece dentro de las competencias del Estado, capítulo primero, posiblemente con la intención del legislador de situarlo en una posición aglutinadora de las áreas propias de los tres núcleos organizativos.

De otra parte, la Ley de forma expresa sólo considera como exclusivas las competencias en materia de sanidad exterior y las relaciones y acuerdos sanitarios internacionales, artículo 38, en cuanto a relaciones internacionales, cabe incluirlas en el punto 3 del citado artículo 149.1 CE. Así, respecto de la Coordinación General y de la Alta Inspección más bien le otorga la Ley una función, «... se ejercerá por el Estado...», artículo 73, o «El Estado ejercerá...», artículo 43. En cuanto a los productos farmacéuticos le da funciones concretas: «valorar la idoneidad sanitaria..., autorizar su circulación y uso..., controlar su calidad».

En cuanto a la Sanidad Exterior que la Ley se cuida de definir,

artículo 38, la primera cuestión que se nos plantea es la conveniencia de su separación de la «otra clase» de sanidad, la interior, por ser artificial, ya que su desempeño nace en los mismos centros y servicios que constituyen la sanidad interior. Su fundamento está en los precedentes históricos; la Ley sobre el Servicio General de Sanidad de 22 de noviembre de 1855 la recogía como barrera de los posibles riesgos para la salud que pudiera provenir de fuera; distinguía entre un Servicio sanitario marítimo y un Servicio sanitario interior, o la realidad constitucional vigente por cuanto el Estado ostenta las relaciones internacionales. En tal sentido, la Ley otorga a España la colaboración con otros países y Organismos internacionales en materia sanitaria y el artículo 39 lo detalla, requiriendo inmediatamente la colaboración del Ministerio de Asuntos Exteriores (57).

Integra, por último, el capítulo de competencias del Estado el artículo 40, que recoge una multiplicidad de funciones de contenido muy variado que corresponde desarrollar a la Administración del Estado, sin menoscabo de las competencias de las Comunidades Autónomas, y que engloba desde actividades normativas hasta meras gestiones, desde organización de servicios de inspección y análisis hasta la preparación de sistemas de información y comunicación recíproca, desde competencias sobre registro y homologación de medicamentos de uso humano y veterinario hasta funciones de homologación general de los puestos de trabajo de los servicios sanitarios, o actividades de coordinación encaminados a perseguir el fraude, o, por último, establecimiento de técnicas de información de estadísticas de interés general supracomunitario.

Tal mezcla más bien corresponde a un cúmulo de funciones propias de la Administración del Estado que habrían de encuadrarse en el título competencial adecuado: Coordinación General, Alta Inspección o Productos farmacéuticos; reservándose, en su caso, a un desarrollo reglamentario posterior. En cuanto fórmulas integradoras para mantener el equilibrio del Sistema, a partir de los cuales las Comunidades Autónomas pueden establecer el desarrollo de su propio Ordenamiento, la Ley que comentamos debería establecer expresamente algunas de ellas, como «bases» en cuanto directrices o criterios generales que inspiran la función normativa de las Comunidades Autónomas.

No es el momento de analizar con detalle la competencia estatal básica en las cuestiones a que se acaba de hacer referencia.

Dentro de la sanidad interior, la Constitución atribuye al Estado competencias sobre las Bases y la Coordinación General de la Sanidad.

Sin entrar en la amplia polémica sobre el sustantivo «básico» aquí empleado, de si es asimilable al concepto de «legislación básica» o «normas básicas» que el propio artículo 149 utiliza en otros epígrafes,

(57) BORRAJO DACRUZ, *El derecho...*, cit., págs. 81 y ss., con la lectura exclusiva de la Constitución amplía su contenido a las acciones que se realicen en el territorio de más de una Comunidad. MANSILLA IZQUIERDO, *La reforma...*, cit., págs. 47-48, propone la búsqueda de medidas para que esta división se supere mediante fórmulas de colaboración.

ni si «lo básico», así dicho, se limita a lo normativo o atribuye también competencias en el campo de lo ejecutivo (58), señalamos que la Ley 14/1986, en su Exposición de Motivos, indica que su voluntad es implantar un modelo organizativo que permita la integración efectiva de los servicios sanitarios. Para ello utiliza las facultades que le concede el artículo 149.1.16 CE y lo hace porque en la aplicación de este modelo está en juego la efectividad del derecho a la salud que la Constitución reconoce a los ciudadanos, de una parte, y porque es deseable asegurar «una igualación de las condiciones de vida», «imponer la coordinación de las actuaciones públicas», «mantener el funcionamiento de los servicios públicos sobre mínimos uniformes» y «lograr una efectiva planificación sanitaria que mejore tanto los servicios como sus prestaciones», de otra. Y estos objetivos los consigue mediante los poderes de dirección, coordinación y planificación que se otorga al Estado y mediante la aplicación de las normas básicas que debe respetarse por los distintos poderes con competencia en la materia.

La Coordinación General sanitaria se ejercerá por el Estado, señala el artículo 73, fijando medios y sistemas de relación para facilitar la información recíproca, la homogeneidad técnica en determinados aspectos y la acción conjunta de las Administraciones Públicas sanitarias en el ejercicio de sus respectivas competencias, de tal modo que se logre la integridad de actos parciales en la globalidad del Sistema Nacional de Salud.

Esta tarea, esencial para fijar un sistema sanitario coherente, armónico y solitario, se lleva a efecto a través de una actividad planificadora de la salud en el ámbito de las competencias respectivas del Estado y de las Comunidades Autónomas y estructuradas de forma tal que el Gobierno nacional elabora los criterios generales de coordinación sanitaria, de acuerdo con las previsiones suministradas por las Administraciones regionales y el asesoramiento y colaboración de los sindicatos y organizaciones empresariales.

La pieza clave en este sistema es el Plan Integrado de Salud, que deberá tener en cuenta los criterios de coordinación general elaborados por el Gobierno, y recogerá en un documento único los planes estatales, los planes de las Comunidades Autónomas y los planes conjuntos que puedan establecerse.

Como punto esencial de su aplicación, el Plan Integrado relacionará

(58) E. GARCÍA DE ENTERRÍA y T. R. FEERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, *Curso...*, cit., págs. 271-272; Rafael ENTRENA CUESTA, *Comentarios a la Constitución*, cit., pág. 1618; F. GARRIDO FALLA, *El desarrollo legislativo de las normas básicas y leyes marco estatales por las Comunidades Autónomas*, núm. 94 de esta REVISTA, 1981, págs. 29 y ss.; S. MUÑOZ MACHADO, *Derecho Público de las Comunidades Autónomas*, vol. I, Cívitas, Madrid, 1982, págs. 417 y ss.; Francisco GONZÁLEZ NAVARRO, «Potestad legislativa del Estado y potestad reglamentaria autónoma de las nacionalidades y regiones», en *La Constitución Española y las Fuentes del Derecho*, vol. II, IEF, Madrid, 1979, págs. 1021-1157. Hay que destacar aquí la abundante jurisprudencia que se cita del Tribunal Constitucional sobre el tratamiento de «lo básico» y «la coordinación»; por ejemplo, las Sentencias de 28 enero 1982, 28 junio 1983, 28 abril 1983 y 20 mayo 1983, que analizan también, éstas, su criterio sobre «alta inspección», etc.

las asignaciones a realizar por las diferentes Administraciones Públicas y las fuentes de su financiación.

En definitiva, pues, la Coordinación General es el instrumento para establecer con carácter general los índices o criterios mínimos, básicos y comunes, como señala la Ley, para evaluar las necesidades de medios materiales y humanos, para fijar objetivos en materia de prevención, protección, promoción y asistencia sanitaria, para establecer prioridades y para adelantar los sistemas de evaluación de la eficacia y rendimiento de programas, centros y servicios (59).

Como garantía máxima del eficaz cumplimiento de toda esa planificación, el Estado ejercerá la Alta Inspección a través de los órganos competentes.

La pregunta clave es la gran voluntad de las diferentes Administraciones Públicas en esta difícil coordinación dentro del marco general de la política sanitaria y de manera concreta la efectividad de esa Alta Inspección, no inspección ordinaria, en función de los mecanismos de que realmente disponga el cumplimiento de su especial misión y la exigencia de las responsabilidades que dimanan. La Ley General de Sanidad apoya esta situación acudiendo al artículo 155 de la Constitución.

Evidentemente la Alta Inspección no puede ser la inspección de los servicios ni de las conductas de los sujetos que intervienen en las distintas relaciones jurídicas, su objeto es la verificación global por el Estado de si las Comunidades Autónomas cumplen con la Constitución y las leyes, es decir, una concreción del principio general de control que el citado artículo 155 de la CE otorga al Estado sobre las Comunidades Autónomas. El control recae sobre los órganos gestores de la Comunidad y no sobre los ciudadanos. Es suficientemente expresivo el contenido del artículo 43 de la LGS: supervisar la adecuación entre los planes y programas sanitarios de las Comunidades Autónomas y los objetivos de carácter general establecidos por el Estado; evaluar el cumplimiento de fines y objetivos comunes que impiden alcanzar un sistema sanitario coherente, armónico y solidario; supervisar fondos y subvenciones; supervisar el cumplimiento de los criterios de participación democrática de todos los interesados; etc. (60).

(59) T. R. FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, *El sistema de coordinación de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas*, «REVL», núm. 201, 1979, págs. 20 y ss., y alguna de la doctrina citada en la nota anterior, especialmente MUÑOZ MACHADO, pág. 573, para quien la coordinación es un método de actuación. J. M. FERNÁNDEZ PASTRANA, *La Seguridad Social y el Estado de las Autonomías*, «DA», núm. 197, 1983, págs. 81-111, que recoge a T. R. FERNÁNDEZ, para quien la coordinación alude a la idea de conjuntar o sistematizar elementos diversos y comporta una cierta idea de superioridad del sujeto a que esa función se atribuye sobre todos los demás, lo que implica una titularidad por parte del Estado de poderes de dirección que, sin alcanzar la intensidad de los poderes jerárquicos, impida la posibilidad de impartir directrices y criterios de actuación de obligado cumplimiento para los sujetos coordinados.

(60) Véase José Luis CASCAJO CASTRO, *En torno a la configuración jurisprudencial y doctrinal de la llamada Alta Inspección*, «RVAP», núm. 10, 1984, págs. 89-102. Con motivo del comentario del conflicto positivo de competencia promovido por el

Otra área de competencia estatal ya señalada es la legislación sobre productos farmacéuticos. La Ley no define qué entiende por tales, pero sí refleja las distintas fases de su proceso y la acción de la Administración del Estado en cada uno de ellos: valora la idoneidad sanitaria, con el fin de autorizar su circulación y uso, así como para controlar su calidad; otorga a los medicamentos una denominación oficial adaptada a la OMS; codifica las normas de calidad de los medicamentos obligatorios; establece las normas de elaboración, fabricación, transporte y almacenamiento; regula la publicidad tanto dirigida a profesionales como al público y fija la custodia, conservación y dispensación en manos de las oficinas de farmacia, que considera establecimientos sanitarios sujetos a la planificación sanitaria, y de los servicios de farmacia de hospitales, Centros de Salud y estructuras de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud. En este punto remite a la legislación especial de medicamentos y farmacia que está en proceso de elaboración, y que debía haberse incluido en el texto de esta Ley dada la importancia que los medicamentos y demás productos sanitarios tiene sobre el sistema de salud y por la consideración que hace de las farmacias como instituciones sanitarias.

En este sector no se plantea la doctrina graves dudas sobre la reserva estatal de la legislación básica y la posibilidad de las Comunidades Autónomas de asumir competencias en la legislación de desarrollo y en la ejecución de los servicios (61).

En este aspecto, y en relación con su exclusividad, hay que señalar tres puntos: 1) el derecho a participar de todas las personas calificadas que presten sus servicios en los Servicios sanitarios y de investigación y de desarrollo tecnológico público, en la evaluación y control; 2) la

Gobierno vasco sobre funcionamiento en el País Vasco y Cataluña de la Alta Inspección del Estado en materia de enseñanza no universitaria, con motivo del Real Decreto 480/1981, de 6 marzo, que regula el alcance, funciones y actividades de la Alta Inspección como instrumento de control del Estado en esa materia, y que motivaron la Sentencia núm. 6/1982, de 22 febrero, «BJC» núm. II. Recoge abundante doctrina y jurisprudencia del Tribunal Constitucional al respecto. Angel L. GUIRAO GARCÍA, Roberto POLO PRADILLA y Pedro Pablo MANSILLA IZQUIERDO, «La Alta Inspección del Estado en materia sanitaria», en *II Congreso Nacional de Salud Pública y Administración Sanitaria*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1987, págs. 13 y ss. Tras citar el contenido de las Sentencias del Tribunal Constitucional 6/1982, 32/1983 y 42/1983, infieren que la Alta Inspección «... es una potestad de carácter coercitivo a disposición del Estado de la Nación para asegurar que las partes del Estado respondan al interés de la Unidad». No obstante, señalan, es más conveniente crear el marco de desarrollo de un modelo sanitario en el que se propicie la igualdad de acceso de los ciudadanos al Sistema Sanitario y no se dé lugar al incumplimiento de las competencias estatales y autonómicas. El camino a seguir para alcanzar ese objetivo lo configuran a través de dos mecanismos rectores: «... la información y la coordinación».

(61) J. M. FERNÁNDEZ PASTRANA, *El servicio público...*, cit., págs. 130 y ss. Señala, dentro de los distintos modelos estatutarios, las competencias sobre esta materia. Remite a Ramón MARTÍN MATEO, «Ordenación farmacéutica, medicamentos y productos sanitarios», en *Jornadas Técnicas sobre Sanidad y Seguridad Social en el Estado de las Autonomías*, celebradas en Barcelona en 1984, Instituto d'Estudis de la Salut, Generalitat de Catalunya, págs. 200 y ss., que analiza el ciclo de distribución, dispensación, ordenación e inspección ordinaria en el reparto de competencias.

obligación que impone a importadores, fabricantes y profesionales sanitarios de comunicar los efectos adversos causados por los medicamentos y otros productos sanitarios cuando de ellos pueda derivarse un peligro para la vida o salud de los pacientes; y 3) las competencias que en esta materia pueden tener las Comunidades Autónomas en base al artículo 40 que otorga a la Administración del Estado, sin menoscabo de las competencias de la Comunidad Autónoma, la reglamentación, autorización y registro u homologación, según proceda de los medicamentos, así como la reglamentación y autorización de las actividades de las personas físicas o jurídicas dedicadas a la preparación, elaboración y fabricación de los citados productos.

Otros títulos competenciales del Estado en el sector sanitario son: a) regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de este derecho, artículo 149.1.1.º CE, y que se plasma en el artículo 3.2.º de la Ley General de Sanidad; b) establecer las bases y coordinación de la planificación general de la actividad económica, artículos 149.1.13 y 131 CE; c) velar por la seguridad pública, especialmente en la utilización y consumo de productos farmacéuticos; d) regular y proteger el comercio exterior en el tráfico de tales preparados; y e) fomentar la investigación científica y técnica, etc.

La Ley General de Sanidad, en su artículo 41, sobre competencias de las Comunidades Autónomas, establece unos campos generales que sin duda crearon conflictos con el Estado: a) Ejercerán las competencias asumidas en sus Estatutos y las que el Estado les transfiera o, en su caso, les delegue; y b) las decisiones y actuaciones públicas, previstas en esta Ley, que no se hayan reservado expresamente al Estado.

La relación teórica con lo recogido en el artículo 148.1.20 y 21 de la Constitución y el amplio abanico de competencias reservadas al Estado, en dirección, coordinación, planificación, control y gestión deja en un estrecho margen el desarrollo legislativo y la ejecución de las Comunidades Autónomas que aún no han iniciado su proceso de despegue. En sectores concretos, y a vía de ejemplo, puede citarse, después de la entrada en vigor de la Ley 14/86, la Ley sobre Sanidad Escolar de la Comunidad Autónoma de Aragón, número 120/1986, 1 diciembre, y la número 2/1987 de La Rioja sobre la misma materia; la Ley 4/1987 sobre Sanidad de la Comunidad Foral de Navarra; el RD n.º 1523/1986 sobre integración de los Hospitales Clínicos en la Red de Asistencia de la Seguridad Social andaluza.

Esta situación, y el distinto peso de las Comunidades Autónomas que lo fueron por uno u otro sistema, provoca sin duda un grado de dispersión que ya comentamos y que plantea problemas serios de orden sanitario desde el punto de vista funcional y organizativo (62).

(62) MANSILLA, que plantea este aspecto en *Reforma sanitaria...*, cit., págs. 51 y ss., advierte del riesgo, incluso político, que esa dispersión puede suponer en base a que es resultado de distintos procesos electorales. Además, porque entiende que la descentralización política y administrativa hay que acercarla lo más posible a los ciudadanos. Aboga, asimismo, por la idea de comprender integrados en el ámbito

Basta recordar el artículo 18 del Estatuto Vasco o el artículo 17 del Estatuto de Cataluña, representativos de un modelo, y el artículo 8.6 del Estatuto de Extremadura o el artículo 11 del Estatuto de Asturias, que refleja otro modelo, para ver las diferencias. PARADA VÁZQUEZ señala que ello llevaría a pensar que la Sanidad es un servicio típicamente regionalizable que iría cubriendo paulatinamente el territorio nacional, aunque advierte que ello no es muy conciliable con la idea de un Servicio de Salud de ámbito nacional, integrado y uniforme como se propone (63).

Los representantes de las Comunidades Autónomas que participaron en el debate celebrado en Madrid en 1984 sobre la Organización del Sistema Sanitario de cara a la LGS, manifestaron en sus diversas intervenciones propuestas como las que siguen que consideramos de interés señalar brevemente: a) en la acción de delimitación de las bases de la Sanidad es muy conveniente la participación de las Comunidades Autónomas, ya que dicha bases pueden afectar a su ámbito competencial. Como reiteradamente ha manifestado el Tribunal Constitucional, las bases no pueden tener tal nivel de desarrollo que vacíen jurídicamente las correspondientes competencias de las Comunidades Autónomas; b) la materialización de la reforma sanitaria no sólo depende de la iniciativa de los poderes centrales del Estado, sino que la edificación de los Servicios Autonómicos de Salud, elementos básicos del futuro Sistema de Salud, corresponde a los Gobiernos Regionales, y para ello es preciso esperar que tengan transferida la gestión de los recursos sanitarios antes dependientes de la Administración Central. El ritmo deseable de implantación del futuro Servicio Nacional de Salud parece aconsejar el empleo, en un plazo razonable, del procedimiento extraordinario de la Ley Orgánica de Delegación; c) las Comunidades Autónomas entienden que los Ayuntamientos son estructuras territoriales básicas muy estrechamente vinculadas al ciudadano, por lo que parecen las más adecuadas para recibir de las Comunidades Autónomas las competencias de gestión sanitaria de aquellas prestaciones que se desarrollen a su nivel y desde su nivel; d) las Comunidades Autónomas nos encontramos en este momento constreñidas a realizar una política sanitaria posibilita, oscilante entre un atenuamiento más o menos paralizante a la rutina tradicional o la iniciativa cuyuntural, y estas actuaciones, carentes de un marco orientador coherente, encierran el riesgo de aumentar la dispersión del Sistema Sanitario (64).

del artículo 148.1.21 CE todos los recursos, establecimientos y servicios sanitarios, independientemente de su adscripción patrimonial.

(63) «La Sanidad en el Estado de las Autonomías», en el volumen citado *Jornadas Técnicas...*, págs. 475 y ss. PASTRANA FERNÁNDEZ hace calificaciones más duras, entendiendo que la reserva de funciones a las Comunidades Autónomas serían las de una Administración periférica del Estado con un grado de mayor o menor desconcentración, o un servicio estatal participado por las Comunidades Autónomas, o una mancomunidad sanitaria regional forzosa. *Servicio público...*, cit., pág. 158.

(64) *La reforma sanitaria en España a debate*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1984, págs. 177-207.

Con tales circunstancias, el riesgo que vemos es que las Comunidades Autónomas asuman cada día más las competencias que hasta ahora vienen ejerciendo las Corporaciones Locales, que una vez más han perdido la posibilidad de reivindicar la Autonomía que constitucionalmente se le reconoce. Desde las Comunidades Autónomas la visión es que las competencias en materia sanitaria siguen centralizadas en la Administración del Estado, aunque se intenta descentralizar la gestión; desde la Administración Local lo que se ve es una centralización de segundo grado en los Entes regionales.

La función administrativa de la Sanidad Pública, atribuida a los Ayuntamientos desde la Constitución de 1812, sufre un proceso centralizador coherente con los principios inspiradores de la nueva organización administrativa, hasta sustraerse del ámbito municipal para ser absorbida por el poder central. Colabora en ello la falta de medios técnicos y económicos precisos, especialmente en materia sanitaria, que hace que las competencias atribuidas a los Ayuntamientos por la Legislación de régimen local lo sea sólo a nivel formal (65). Este proceso ha culminado con la Ley 14/1986 en el ámbito de las competencias de carácter asistencial y, en menor medida, con las de inspección y control sanitario.

Las competencias de las entidades locales en materia sanitaria deben encuadrarse jurídicamente en el marco de los Estatutos Autonómicos propios, de la Ley Reguladora de las Bases del Régimen Local de 2 de abril de 1985 y en la Ley General de Sanidad.

El artículo 25 de la Ley 7/1985 otorga al Municipio, en el ámbito de sus competencias, facultades para promover toda clase de actividades y prestar cuantos servicios públicos contribuyan a satisfacer las necesidades y aspiraciones de la comunidad vecinal. En todo caso ejercerán competencias en las siguientes materias: protección del medio ambiente, protección de la salubridad pública, participación en la gestión de la atención primaria de salud, prestación de los servicios sociales y de promoción y reinserción social, suministro de agua, alcantarillado, tratamiento de aguas residuales, etc., y todo ello en los términos que establezcan las leyes sectoriales dictadas por el Estado o las Comunidades Autónomas, que configurarán los intereses concretos a gestionar por las entidades municipales.

Además de estas competencias propias así concretadas, el Municipio puede ejercitar otras delegadas por la Administración del Estado o las Comunidades Autónomas (66), siempre que afecte a sus intereses propios, se mejore con ello la eficacia de la gestión y se alcance una mayor participación ciudadana.

Asimismo puede realizar actividades complementarias de las pro-

(65) Federico Carlos SAINZ DE ROBLES, «Organización local, Autoridades y Funcionarios», en el volumen *Descentralización administrativa y organización política*, vol. II, Alfaguara, Madrid, 1973, págs. 287 y ss.

(66) Francisco SOSA WAGNER, *La autonomía municipal*, núms. 100-102 de esta REVISTA, vol. III, págs. 2239-2253.

pías de otras Administraciones Públicas y en particular las relativas a sanidad y protección del medio (art. 28).

Sobre esta base jurídica, los Municipios tienen competencias propias en el sector sanitario; circunstancia que no se coordina mucho con el contenido del artículo 42 de la Ley General de Sanidad, que no otorga un ámbito competencial propio a los entes locales en materia de salud pública, sino que le atribuye responsabilidades en materia de salubridad pública: control sobre el medio ambiente, sobre edificios y viviendas, distribución y suministro de alimentos y bebidas, sobre cementerios y policía mortuoria.

En la misma línea la Ley 14/1986 determina que cualquier centro y servicio sanitario que tengan los Ayuntamientos se integrarán en el Servicio de Salud que constituya su Comunidad Autónoma, siendo gestionado exclusivamente por ésta, y no pudiendo ningún Ayuntamiento crear o establecer nuevos centros o servicios sanitarios, sino de acuerdo con los planes de salud de cada Comunidad Autónoma y previa autorización de la misma.

Lo que sí deja claro la Ley es la obligación de seguir financiando los servicios que prestaba y que asume ahora la Comunidad Autónoma, debidamente actualizados anualmente.

La actuación de las entidades locales puede verse reducida a ser órganos canalizadores en la participación comunitaria en el Consejo de Salud de Área y en el de Dirección, por su mayor proximidad a los ciudadanos y a consignar en sus presupuestos las partidas correspondientes (67).

El régimen transitorio de la Ley fija la obligación por parte de las Corporaciones Locales y de las Comunidades Autónomas de establecer de mutuo acuerdo un proceso de transferencia «hacia arriba» de los servicios y establecimientos sanitarios que lleven a cabo actuaciones que en la presente Ley se adscriben a los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. No obstante, la adscripción funcional se producirá desde la misma fecha en que se constituya el Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma.

Las actuaciones sanitarias de la Seguridad Social, tema ya apuntado, se integran en el ámbito funcional de los servicios de Salud, Disposición Adicional sexta, en los casos en que la Comunidad Autónoma haya asumido competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, de acuerdo con sus Estatutos. En los restantes casos, la red sanitaria de la Seguridad Social se coordinará con el Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma.

En este punto prima el régimen único del sistema de la Seguridad Social sobre la concepción integral de la sanidad que la propia Ley establece, por cuanto la integración de los centros sanitarios de ella

(67) Juan Luis BELTRÁN AGUIRRE, *Las competencias de las Entidades Locales de Navarra en materia de Sanidad*, «Revista Jurídica de Navarra», núm. 2, 1986, páginas 103-117.

dependiente sólo se produce cuando la Comunidad Autónoma ha asumido competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, no basta con que haya asumido competencias en materia de sanidad e higiene. Por ello desdobra la unidad en dos procesos: integración, en un caso, coordinación, en otro. Y lo confirma así el contenido de la Disposición Adicional séptima, al establecer la titularidad a nombre de la Tesorería General y el patrimonio único de la Seguridad Social.

Manuel BEATO ESPEJO