

LOS DERECHOS ESTATUTARIOS DE LA SALUD

Antonio Pérez Miras

Doctor en Derecho, Universidad de Bolonia

Máster en Derecho Sanitario, Universidad de Granada

ÍNDICE

1. PREMISA.
2. A MODO DE INTRODUCCIÓN: LOS DERECHOS ESTATUTARIOS EN EL ORDENAMIENTO ESPAÑOL.
3. ALCANCE Y CONTENIDO DE LOS DERECHOS ESTATUTARIOS REFERENTES AL ÁMBITO SANITARIO.
4. CONSIDERACIONES FINALES.
5. BIBLIOGRAFÍA

RESUMEN

La presente comunicación versa sobre el estudio descriptivo de los denominados derechos estatutarios referentes a la salud. Para ello se analiza su inclusión en los últimos Estatutos de Autonomía reformados con especial incidencia en el concreto y variado contenido. Con este fin se trata de concluir una serie de observaciones críticas sobre su naturaleza, su oportunidad y su idoneidad.

PALABRAS CLAVE

Derechos estatutarios; Salud; Sanidad, Derechos de los pacientes; Reformas Estatutos de Autonomía.

1. PREMISA

La salud es uno de los principales pilares definitorios del Estado del bienestar que nace tras la II

Guerra Mundial y cuyo cuestionamiento y viabilidad están marcando el inicio del siglo XXI. El ámbito sanitario es connatural al Estado Social en que España se constituye (*ex art. 1.1 CE*) y que tiene su concreción en el Estado Autonómico¹, pues son las Comunidades Autónomas (en adelante, CCAA), en virtud de sus competencias, de acuerdo con los arts. 148 - 149 CE y sus respectivos Estatutos de Autonomía (en adelante EEAA)², las encargadas de las prestaciones sociales para la ciudadanía, de entre las cuales la sanidad es, junto con la educación, el paradigma de la necesidad de la cooperación colectiva manifestada a través del Estado y en concreto del Sistema Nacional de Salud (en adelante, SNS)³.

1 En este sentido, SOLOZÁBAL, *Nación y Constitución. Soberanía y autonomía en la forma política española*, Madrid: Biblioteca Nueva, 2004, p. 158 y ss.

2 Entre las competencias que pueden asumir las CCAA se encuentra en el art. 148.1.21ª CE la sanidad e higiene, sin perjuicio de las bases y coordinación general que corresponde en exclusiva al Estado de acuerdo con el art. 149.1.16ª CE. No es hasta 2001 en que se culmina el traspaso de estas competencias a las CCAA que aún no las habían asumido, mediante los Reales Decretos 1471/2001 a 1480/2001, de 27 de diciembre.

3 El actual SNS es fruto de la evolución histórica, que supone una visión y un tratamiento completos de las prestaciones sanitarias y del cuidado y prevención de la salud en su conjunto, todo lo cual se deduce del dictado constitucional del art. 43 CE, junto al reparto competencial que hemos visto en la nota anterior. Ello supone la superación de la sanidad como parte integrante de la Seguridad Social (mediante cotizaciones) para pasar a un conjunto de normas, servicios y Administraciones que configuran, con cargo a Presupuestos Generales, un sistema sanitario de carácter universal, gratuito y de calidad. Es en este sentido en que hay que encuadrar la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que vino a cerrar el proceso diseñado desde la LGS, una vez producida la transferencia de la sanidad a las 17 CCAA, aunque estos principios se encuentran hoy matizados desde los

Por ello, en el marco del XXII Congreso de Derecho y Salud, cuyo lema este año es ‘Los pilares jurídicos del sistema nacional de salud’ me ha parecido interesante dedicar estas páginas al estudio de los derechos estatutarios relativos al ámbito de la salud, pues simbolizan quizá la encrucijada en que se encuentra la protección de la sanidad en estos tiempos de crisis. Si el SNS combina la configuración legal de un derecho constitucional (aunque dentro de la sistematica de los principios rectores) con el entramado administrativo (descentralizado) necesario para su efectiva realización, los derechos estatutarios que se han incluido en las últimas reformas estatutarias no han venido sino a manifestar y amparar la realidad de la protección sanitaria que se ha desarrollado y extendido en la España democrática de los últimos decenios. En este sentido, los derechos estatutarios de la salud, allí donde se han previsto, son coherentes (y conscientes) de la importancia que los servicios autonómicos de salud juegan en el conjunto del SNS y por ello presentan una serie de especificaciones, concreciones o incluso repeticiones, del derecho constitucional tal como ha sido configurado en manera general por ley de las Cortes Generales, en especial por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (en adelante, LGS) y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (en adelante, LAP).

Para ello, vamos a realizar un análisis descriptivo de las previsiones estatutarias con identificación de su alcance y de los rasgos comunes que presentan estas novedades normativas (§ 3) para concluir un análisis crítico (§ 4), si bien, para el correcto entendimiento de la postura defendida en estas páginas se antoja necesario un breve *excursus* sobre la naturale-

za general de los denominados derechos estatutarios (§ 2).

Antes de continuar con el estudio, nótese que el título de esta comunicación hace referencia a ‘los derechos estatutarios de la salud’ y no ‘a la salud’ puesto que, como vamos a ver en seguida, la segunda fórmula daría una idea errónea sobre la naturaleza de estos derechos que, en principio, no tienen carácter subjetivo, luego por sí solos no son suficientes para la reclamación de los derechos allí recogidos. En cambio, con la preposición ‘de’ queremos referirnos a aquellos derechos estatutarios que guardan relación con el ámbito de la salud, cuya competencia ostentan en nuestro Ordenamientos las CCAA.⁴

2. A MODO DE INTRODUCCIÓN: LOS DERECHOS ESTATUTARIOS EN EL ORDENAMIENTO ESPAÑOL

La cuestión relativa a estos llamados derechos estatutarios aparece en el ordenamiento español a partir de las reformas⁵ de los EEAA de Valencia y de Cataluña en 2006, que han sido referentes para medir una escala gradual sobre la intensidad en la inclusión de declaraciones de derechos y principios de los EEAA reformados en la última oleada del proceso autonómico⁶. En este sentido, la *carta* catalana es más prolija que la valenciana; además en el Texto

4 Esta cuestión lingüística, a la hora de analizar el dictado de los derechos estatutarios en vigor, no pasa inadvertida a ENÉRIZ, “La regulación del derecho a la protección de la salud en los nuevos Estatutos de Autonomía: análisis crítico”, en DS, vol. 17 n° extra.: 2009, en especial p. 49-59, quien realiza una crítica de aquellos EEAA que han hecho una referencia genérica al ‘derecho a la salud’ considerando más correcto ‘derecho a la protección de la salud’, siendo igualmente preferibles las rúbricas genéricas como en el caso andaluz, art. 22 EAAnd. ‘Salud’, o el art. 23 EACat. ‘Derechos en el ámbito de la salud’.

5 Siguiendo un orden cronológico, los EEAA reformados han sido: Estatuto de Autonomía de la Comunitat Valenciana, aprobado mediante Ley Orgánica 1/2006, de 10 de abril (en adelante, EAVal); Estatuto de Autonomía de Cataluña, aprobado mediante Ley Orgánica 6/2006, de 19 de julio (en adelante, EACat); Estatuto de Autonomía de Illes Balears, aprobado mediante Ley Orgánica 1/2007, de 28 de febrero (en adelante, EABal); Estatuto de Autonomía de Andalucía, aprobado mediante Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo (en adelante, EAAnd); Estatuto de Autonomía de Aragón, aprobado mediante Ley Orgánica 5/2007, de 20 de abril (en adelante, EAARA); Estatuto de Autonomía de Castilla y León, aprobado mediante Ley Orgánica 14/2007, de 30 de noviembre (en adelante, EACyL); Estatuto de Autonomía de Extremadura, aprobado mediante Ley Orgánica 1/2011, de 28 de enero (en adelante, EAExt).

6 CRUZ VILLALÓN, “La reforma del Estado de las Autonomías”, en REAF, n° 2: 2006 habla de “segundo proceso autonómico”.

recortes acaecidos con la entrada en vigor del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Sobre el origen, configuración y debates acerca del SNS pueden consultarse, sin ánimo de exhaustividad, LEÓN ALONSO, *La protección constitucional de la salud*, Las Rozas: La Ley, 2010, especialmente p. 293 y ss.; en la Revista DS: TORNOS MÁS, “Sistema de seguridad social versus sistema nacional de salud” (vol. 10 n° 1: 2002); BELTRÁN AGUIRRE, “La igualdad básica, la coordinación y la cooperación interterritorial: fundamentos del sistema nacional de salud” (vol. 10 n° 2: 2002); ID., “Anotaciones a la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud” (vol. 11: 2003); MUÑOZ MACHADO, “La cohesión del Sistema Nacional de Salud” (vol. 12 n° extra.: 2004); ÁLVAREZ GONZÁLEZ, “El sistema nacional de salud como sistema: realidad y carencias” (vol. 15 n° 1: 2007); VIDA FERNÁNDEZ, “Sostenibilidad del sistema sanitario. Crisis económica, prestaciones sanitarias y medidas de ahorro” (vol. 21 n° 2: 2011); CORREAS SOSA, “El copago sanitario: ¿un auxilio para el mantenimiento de la sostenibilidad del sistema?” (ídem).

catalán se prevé un sistema de garantías de derechos, que desconoce el valenciano.⁷

La denominación de ‘derechos estatutarios’ hace referencia a su origen normativo, porque vienen recogidos en los nuevos EEAA. No suponen, y esto es importante, derechos subjetivos. Sin duda este *nomen iuris* ha sido comúnmente aceptado en la doctrina, aunque su aparición sistemática a partir de 2006 ha causado una acalorada polémica en torno a su naturaleza y funciones dentro del sistema constitucional de derechos⁸.

Para la calificación jurídica de estos derechos estatutarios es imprescindible tener en cuenta la jurisprudencia constitucional que sobre estos dos

7 Siguiendo esta última categoría, podemos realizar dos grupos con los 7 EEAA que han conformado este último periodo de reformas estatutarias; en el primer grupo se encuentran Cataluña, Andalucía y Castilla y León; en el segundo: Comunidad Valenciana, Islas Baleares, Aragón y Extremadura. En el presente estudio nos referiremos a dichas CCAA según su nombre común en castellano, obviando las denominaciones jurídicas recogidas en los respectivos EEAA así como en lengua española distinta del castellano.

8 Aunque ambos EEAA fueron tramitados por la misma época, en la doctrina causó mucho más revuelo el catalán que el valenciano. Podemos decir que uno de los motivos sin duda fue la inclusión de una carta o catálogo de derechos de manera sistemática. En general sobre las reformas estatutarias puede consultarse: las actas del IV Congreso de la Asociación de Constitucionalistas de España recogidas en RUIZ-RICO (coord.), *La reforma de los estatutos de autonomía*, Valencia: Tirant Lo Blanch, 2006; también, SOLOZÁBAL, *Tiempo de reformas. El Estado autonómico en cuestión*, Madrid: Biblioteca Nueva, 2006, en concreto, p. 57-174 y p. 371-381, y con posterioridad, “Algunas consideraciones sobre las reformas estatutarias”, en TRC, nº 22: 2008; CRUZ VILLALÓN, *op. cit.* y la sucesiva contestación hecha por ROIG MOLÉS, “La reforma del Estado de las Autonomías: ¿ruptura o consolidación del modelo constitucional de 1978?”, en REAF, nº 3: 2006; ÁLVAREZ CONDE, *Reforma constitucional y reformas estatutarias*, Madrid: Iustel, 2007. En concreto sobre el tema de los derechos, antes de que el Tribunal Constitucional comenzara su jurisprudencia en la materia: FERRERES, BIGLINO, CARRILLO, *Derechos, deberes y principios en el nuevo Estatuto de Autonomía de Cataluña*, Madrid: CEPC, 2006; GARRORENA, “El derecho de aguas ante la reforma de la Constitución y de los Estatutos de Autonomía”, en TRC, nº 18: 2006; la discusión entre DIEZ-PICAZO, “¿Pueden los Estatutos de Autonomía declarar derechos, deberes y principios?”, en REDC, nº 78: 2006; y CAAMAÑO, “Sí, pueden (Declaraciones de derechos y Estatutos de Autonomía)”, en REDC, nº 79: 2007; con posterior réplica de DIEZ-PICAZO, “De nuevo sobre las declaraciones estatutarias de derechos: respuesta a Francisco Caamaño”, en REDC, nº 81: 2007; CANOSA USERA, “La declaración de derechos en los nuevos Estatutos de Autonomía”, en TRC, nº 20: 2007; y EXPÓSITO, “La regulación de los derechos en los nuevos estatutos de autonomía”, en REAF, nº 5: 2007. Igualmente sobre las declaraciones de derechos en los EEAA deben considerarse los volúmenes colectivos de BALAGUER (Dir.), ORTEGA ÁLVAREZ, CÁMARA VILLAR, MONTILLA MARTOS (coords.), *Reformas Estatutarias y Declaraciones de Derechos*, Sevilla: IAAP, 2008 y APARICIO (ed.), CASTELLÀ & EXPÓSITO (coords.), *Derechos y principios rectores en los Estatutos de Autonomía*, Barcelona: Atelier, 2008.

EEAA ha dictado el Tribunal Constitucional⁹. Un primer tentativo se dio con la STC 247/2007, de 12 de diciembre (Valencia) pero no es sino con la STC 31/2010, de 28 de junio (Cataluña) que estamos en disposición de definir un derecho estatutario.

El concepto que de derecho estatutario vamos a dar se basa en la construcción jurisprudencial que de la lectura conjunta de ambas sentencias hemos podido realizar. Así por tanto, los derechos estatutarios son mandatos, principios y directrices a los poderes públicos para que configuren los mismos de acuerdo con sus competencias sin menoscabar los derechos fundamentales de la Constitución o de los tratados internacionales.

Como se ha encargado insistentemente de repetir el TC, no se trata ni de desarrollo de derechos fundamentales consagrados en la Constitución, ni de derechos fundamentales *territorializados*¹⁰. Para que un enunciado normativo dentro de un Estatuto pueda calificarse como derecho estatutario necesita cumplir

9 Estas sentencias han sido especialmente polémicas y han causado mucha literatura doctrinal. Es tan numerosa que me permito remitirme, antes de la sentencia sobre el Estatuto catalán, a ; FERNÁNDEZ FARRERES, *¿Hacia una nueva doctrina constitucional del Estado Autonómico? (comentario a la STC 247/2007, de 12 de diciembre, sobre el Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana)*, Cizur Menor: Thomson-Cívitas, 2008; BALAGUER, “Derechos, principios y objetivos en los Estatutos de Autonomía reformados”, en Anuario Jurídico de La Rioja, nº 13: 2008; CÁMARA VILLAR, “Los derechos estatutarios no han sido tomados en serio (a propósito de la STC 247/2007, de 12 de diciembre, sobre el Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana)”, en REDC, nº 85: 2009; CANOSA USERA, “Preparando una mutación constitucional. Comentario a la STC 247/2007, de 13 de diciembre”, en TRC, nº 22: 2008; DE LA QUADRA-SALCEDO JANINI, “El régimen jurídico de los derechos sociales estatutarios. Reflexiones tras la STC 247/2007, de 12 de diciembre”, en RGDC, nº 5: 2008. Tras la sentencia catalana, TUR AUSINA & ÁLVAREZ CONDE, *Las consecuencias jurídicas de la sentencia 31/2010, de 28 de junio del Tribunal Constitucional sobre el Estatuto de Cataluña. La sentencia de la perfecta libertad*, Cizur Menor: Aranzadi – Thomson Reuters, 2010; CÁMARA VILLAR, “Veste y realidad de los derechos estatutarios”, en REP, nº 151: 2011; CARRILLO, “Los derechos estatutarios y sus garantías en la sentencia 31/2010, de 28 de junio, sobre la reforma del Estatuto de Autonomía de Cataluña”, en REDC, nº 92: 2011; EXPÓSITO, *Declaraciones estatutarias ¿de derechos? Un análisis a la luz de las SSTC 247/2007 y 31/2010*, en TRC, nº 27: 2011; VILLAVEDE, “Estatutos, declaraciones de derechos y derechos estatutarios”, en RGDC nº 13: 2011; SÁNCHEZ BARRILAO, “La giustiziabilità dei diritti riconosciuti dagli Statuti nello Stato Autonómico spagnolo”, en Quaderni Regionali nº 2: 2012.

10 Por definición, un Estatuto de Autonomía no es una Constitución (de un Estado federado) por lo que no cabe pensar que estamos en presencia de cartas de derechos fundamentales para territorios concretos dentro de un Estado constitucional. A mi entender, esto supone en consecuencia que no se pueda decir que estamos en puridad ante una presencia de tutela multinivel de un derecho fundamental en el mismo sentido en que nos referimos en el orden internacional.

un doble vínculo: por un lado es un mandato a los poderes públicos autonómicos, y en especial al legislador autonómico, por otro lado, sólo vinculan materialmente de acuerdo con el ámbito de competencias asumidas en el respectivo EA. Tiene, por tanto, la doble naturaleza de mandato y principio.

Podemos observar de la lectura conjunta de las nuevas cartas de derechos en los EEAA reformados, de manera global, las siguientes características comunes:

- la aparente originalidad de los derechos recogidos en los EEAA. La mayoría de los derechos ya existen en el panorama nacional e internacional. Se ha realizado una *selección* o una *reformulación* según las necesidades o intereses de cada Comunidad Autónoma que ha procedido a realizar una reforma estatutaria.
- Relación superior: En relación con los derechos constitucionales, las reproducciones literales son escasas y la mayoría presenta o una *actualización* o una nueva perspectiva de un ámbito ya previsto por el Constituyente, como ocurre con los derechos sociales que se extraen del Capítulo III CE y en concreto, en lo que nos interesa para esta comunicación, el derecho a la protección de la salud del art. 43 CE.
- (Sigue) Relación superior: También algunos derechos se inspiran en algunas de las novedades que introdujo la Carta Europea de Derechos Fundamentales, o para el ámbito concreto que ahora nos interesa, el Convenio de Oviedo de 1997.
- También los derechos se incorporan por una relación inferior, es decir, mediante la consagración de derechos que han aparecido en la legislación estatal o autonómica. Esto se observa en especial en el ámbito que nos ocupa, el de la salud, pues, como veremos, los EEAA copian derechos previstos en la Ley General de Sanidad o en la Ley de Autonomía del Paciente y que normalmente estaban igualmente consagrados en las respectivas leyes autonómicas de sanidad.
- Por otro lado, también consagra derechos contruidos jurisprudencialmente como la protección de datos.
- Nuevos derechos: son testimoniales, por ejemplo, derecho al agua, derecho a acceder a las nuevas tecnologías, derechos de solidaridad y a favor

de personas desfavorecidas. Desde otra óptica, aparecen derechos *sectoriales* a favor de grupos o clases que el legislador estatutario considera que deben de tener una especial protección, y que, como veremos, se concretizan también al tratar el tema de su atención sanitaria, diferenciada de aquellos preceptos específicos.

Es importante destacar que un derecho estatutario no equivale a una cláusula competencial habilitante. Así, las cláusulas autolimitativas¹¹ forman parte del articulado estatutario y sirven para determinar el alcance y la interpretación de estos derechos.

Tras esta somera introducción sobre la naturaleza de los derechos estatutarios, estamos en disposición de continuar con el objeto principal de estudio de este trabajo: la salud.

3. ALCANCE Y CONTENIDO DE LOS DERECHOS ESTATUTARIOS REFERENTES AL ÁMBITO SANITARIO

Debemos comenzar este epígrafe recordando que el objeto de estudio originario son los siete EEAA reformados en el periodo 2006-2011. De éstos, sólo los cinco intermedios nos sirven para delimitar su alcance y contenido dado que ni el primero, el valenciano, ni el último, el de Extremadura, contienen verdaderos derechos estatutarios en el sentido expuesto en el apartado anterior.

En el caso del extremeño, el art. 7 EAExt recoge un largo elenco de lo que el legislador estatutario ha querido definir como principios rectores de los poderes públicos extremeños. Se limita a señalar que “los poderes públicos regionales: 11. Asumen como una aspiración esencial la más estricta garantía de los derechos a la salud, a la educación y a la protección pública en caso de dependencia.”

Este principio undécimo, sin duda, cohonesta

11 LÓPEZ MENDUO, “Los derechos sociales en los Estatutos de Autonomía”, en RAAP, nº 73: 2009, p. 96. EXPÓSITO, “Declaraciones estatutarias ¿de derechos? Un análisis a la luz de las SSTC 247/2007 y 31/2010”, en TRC, nº 27: 2011, p. 484 considera que la existencia de estas cláusulas y las exigencias que en ellas se contienen hacen “superfluas” los condicionantes que se establecen en la STC 31/2010, provenientes de la STC 247/2007, sobre el respeto al marco competencial pero también a los derechos fundamentales proclamados en la Constitución y en otras normas internacionales. Menos la Comunidad Valenciana y Extremadura, los demás EEAA reformados han incorporado artículos que recogen estas cláusulas interpretativas y limitadoras de competencias.

más bien poco con la función social que la CA realiza en nuestro Estado constitucional. La mayor novedad de este apartado es la presentación de la dependencia junto a los pilares básicos del bienestar como son la sanidad y la educación. Sin embargo, esta loable visión queda empañada tanto por el tenor literal¹² como por el nulo contenido definitorio. La dicción está ausente de normatividad, incluso resulta contradictoria dado que, por un lado, se presenta como una aspiración, con lo que la idea de los derechos estatutarios como mandatos a los poderes públicos queda muy diluida; por otro lado, parece querer compensar esta falta de obligatoriedad con el empleo de fórmulas vacías como es “la más estricta garantía”, pues recordemos que el EAExt es uno de los que no prevé un sistema de garantías específico. Si esa estricta garantía depende, además de que sea aspirada por los poderes públicos, de la inspiración de las fuerzas políticas mayoritarias en cada momento, en realidad en nada se ve favorecida la ciudadanía extremeña de su art. 7.11 EAExt, puesto que en todo caso gozará de la garantía mínima establecida de manera general por el Estado ya sea en el desarrollo del derecho fundamental a la educación, la configuración legal de la protección constitucional de la salud o en la promoción de las ayudas a las personas dependientes. De aquí se deriva igualmente una crítica al tratamiento conjunto de estas materias: dada la naturaleza constitucional de un EA, el legislador estatutario debería tener más cuidado con la redacción de sus preceptos dado que, sin ser obviamente inconstitucional, esta conmixción de etiquetas, que en el Texto constitucional tienen distinto encaje con consecuencias diversas, se presenta en la Norma básica autonómica de manera vacua, decorativa y excesivamente genérica, sin mayor especificación de las bases constitucionales y legales, sus límites y menos aún de los principales destinatarios de los tres ámbitos que suponen quizá el mayor esfuerzo presupuestario de la Comunidad. Sin duda una oportunidad perdida para, aun incluso como principio rector, delimitar realmente la acción arbitraria de los gobiernos y concretar los espacios relacionales que dichos ámbitos imponen irremediablemente en toda sociedad.¹³

12 En lo que al término específico ‘derecho a la salud’, ya hemos manifestado *supra* nuestro parecer (inoportuno) al respecto. En tal sentido, conviene además recordar las palabras premonitorias de ENÉRIZ, *op. cit.*, p. 58, que tras analizar su inclusión en el EAAra y seguidamente en el EACyL intuía la continuidad de su uso en futuros proyectos de reforma, como ha sucedido en el EAExt.

13 En contra de esta postura podemos encontrar a TUDELA ARANDA, “La ideología en el Estatuto de Autonomía de Extremadura. Derechos y principios. La reacción frente a la emulación”, p. 185-186, cuando dice: “En el apartado 11 se

Es también clamorosa la ausencia de toda referencia a la salud o la sanidad en el caso valenciano. El farragoso art. 10 EAVal está consagrado a los derechos sociales de los valencianos, “que representan un ámbito inseparable del respeto de los valores y derechos universales de las personas y que constituyen uno de los fundamentos cívicos del progreso económico, cultural y tecnológico de la Comunitat Valenciana” (10.1) pero se remite a una futura Ley de Les Corts para la elaboración de una “Carta de Derechos Sociales de la Comunitat Valenciana, como expresión del espacio cívico de convivencia social de los valencianos, que contendrá el conjunto de principios, derechos y directrices que informen la actuación pública de La Generalitat en el ámbito de la política social” (10.2). “En todo caso”, continúa el apartado 10.3 EAVal, “la actuación de La Generalitat se centrará primordialmente en” una serie detallada de ámbitos variados del espectro social pero sin huella o resquicio donde asir la idea de salud o sanidad. No deja de ser curioso que una de las CCAA que están sirviendo de modelo para la gestión privada de la sanidad¹⁴ olvide en un proceso tan complejo como es la reforma de un Estatuto de Autonomía (y tan completa y total que fue aquella) incluir una referencia al ámbito sanitario entre las que *en todo caso se centrará primordialmente la actuación de La Generalitat*.

Esta ausencia dentro del Tít. I de ‘los derechos de los valencianos y valencianas’ sólo podría entenderse, bien por voluntad expresa del legislador estatutario, bien por mala técnica, dado que dentro del Tít. IV de ‘las competencias’ se dedica el art. 54 EAVal, con dudoso acierto y oportunidad, a las competencias en sanidad y seguridad social, estableciéndose en su apdo. 6 que “La Generalitat *garantizará los derechos de los ciudadanos a conocer los tratamientos médicos a los que serán sometidos, sus posibles consecuencias y riesgos, y a dar su aprobación a aquellos de*

hace referencia a tres cuestiones esenciales [...] Se hace con estricta sobriedad. Los tres se aglutinan bajo la máxima del de asumir como aspiración esencial de la Comunidad la más estricta garantía de estos derechos. Si bien podría pensarse que por su relevancia, sobre todo en un análisis comparativo, estas tres cuestiones hubiesen sido merecedoras de referencia singular, lo cierto es que la redacción es afortunada. Se dice poco pero es lo más que se puede decir. Tampoco es necesario nada más. Se trata de tres derechos reconocidos en el vigente ordenamiento jurídico. El mayor compromiso que en relación con los mismos pueden adquirir los poderes públicos es el de asegurar su «estricta garantía». Se trata de un compromiso potente y de una excelente declaración que no debiera perderse en la, también afortunada, parquedad de sus palabras.”

14 Sobre dicho modelo me permito remitir a VILLAR ROJAS, “La privatización de la gestión de los servicios sanitarios públicos: las experiencias de Valencia y Madrid”, en DS Vol. 17, nº extra.: 2009

manera previa a su aplicación.” (cursivas mías). ¿No reúne acaso este precepto las características señaladas para la configuración de un derecho estatutario? Es un mandato a los poderes públicos valencianos, ligado a una de las competencias asumidas en el EA, luego, en principio, cabría definir de tal el precepto recogido en ese art. 54.6 EAVa, a pesar de la errónea sistemática del mismo. Aunque excede del objeto y los límites de este trabajo, a raíz de esto se podría pensar si, parte de la problemática que ha supuesto la inclusión de declaraciones de derechos en los EEAA, no se podría haber solucionado siguiendo quizá esta forma de delimitar una competencia autonómica en el Texto estatutario dentro de cada uno de los títulos habilitantes. Me surge la duda, con lo que mi crítica ahora sólo puede ceñirse a un criterio formalista, es decir, no es de rigor que dentro del título dedicado a los derechos, no se haga ninguna mención a la salud, pero dentro de las competencias, de manera tan clara se recoja una proposición normativa que cumple los estándares marcados por la Jurisprudencia constitucional para estos *nuevos* derechos.

Dejando ya estos dos casos particulares, los otros cinco EEAA sí recogen de manera más o menos similar, los derechos estatutarios de la salud. Fíjese que hemos hablado de derechos en plural porque, como bien señala la rúbrica del art. 23 EACat, se trata de una serie de derechos relacionados con el “ámbito de la salud”. Conviene ahora por tanto realizar una serie de consideraciones y clasificaciones al respecto.

En lo referente al mayor o menor grado de especificaciones, por lado, nos encontramos con el art. 22 EAAnd¹⁵,

15 Art. 22 EAAnd:

“1. Se garantiza el derecho constitucional previsto en el artículo 43 de la Constitución Española a la protección de la salud mediante un sistema sanitario público de carácter universal.

2. Los pacientes y usuarios del sistema andaluz de salud tendrán derecho a:

- a) Acceder a todas las prestaciones del sistema.
- b) La libre elección de médico y de centro sanitario.
- c) La información sobre los servicios y prestaciones del sistema, así como de los derechos que les asisten.
- d) Ser adecuadamente informados sobre sus procesos de enfermedad y antes de emitir el consentimiento para ser sometidos a tratamiento médico.
- e) El respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad.
- f) El consejo genético y la medicina predictiva.
- g) La garantía de un tiempo máximo para el acceso a los servicios y tratamientos.
- h) Disponer de una segunda opinión facultativa sobre sus procesos.
- i) El acceso a cuidados paliativos.
- j) La confidencialidad de los datos relativos a su salud y sus características genéticas, así como el acceso a su historial

seguido del art. 13.2 EACyL¹⁶, como los más prolijos y detallados, en similares términos, con algunas novedades, y desde enfoques actualizados. Por otro lado, están aquellos otros que presentan una serie de derechos más generales y consolidados en nuestro ordenamiento, así, además del art. 23 EACat¹⁷, el art.

clínico.

k) Recibir asistencia geriátrica especializada.

3. Las personas con enfermedad mental, las que padezcan enfermedades crónicas e invalidantes y las que pertenezcan a grupos específicos reconocidos sanitariamente como de riesgo, tendrán derecho a actuaciones y programas sanitarios especiales y preferentes.

4. Con arreglo a la ley se establecerán los términos, condiciones y requisitos del ejercicio de los derechos previstos en los apartados anteriores.”

16 Art. 13.2 EACyL: “Derecho a la salud. Todas las personas tienen derecho a la protección integral de su salud, y los poderes públicos de la Comunidad velarán para que este derecho sea efectivo.

Los ciudadanos de Castilla y León tendrán garantizado el acceso, en condiciones de igualdad, a los servicios sanitarios de la Comunidad en los términos que la ley determine. Asimismo serán informados sobre los servicios que el Sistema de Salud preste.

Se establecerán legalmente los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario, y entre ellos los siguientes:

- a) A la intimidad y confidencialidad relativas a la propia salud, así como el acceso a su historia clínica.
- b) A la regulación de plazos para que les sea aplicado un tratamiento.
- c) Al respeto a sus preferencias en lo que concierne a médico y centro.
- d) A recabar una segunda opinión médica cuando así se solicite.
- e) A ser suficientemente informados antes de dar su consentimiento a los tratamientos médicos o a manifestar en su caso instrucciones previas sobre los mismos.
- f) A recibir tratamientos y cuidados paliativos adecuados.

Las personas con enfermedad mental, las que padezcan enfermedades crónicas e invalidantes y las que pertenezcan a grupos específicos reconocidos sanitariamente como de riesgo, tendrán derecho a actuaciones y programas sanitarios especiales y preferentes.”

17 Art. 23 EACat: “1. Todas las personas tienen derecho a acceder en condiciones de igualdad y gratuidad a los servicios sanitarios de responsabilidad pública, en los términos que se establecen por ley.

2. Los usuarios de la sanidad pública tienen derecho al respeto de sus preferencias en lo que concierne a la elección de médico o médica y de centro sanitario, en los términos y las condiciones que establecen las leyes.

3. Todas las personas, con relación a los servicios sanitarios públicos y privados, tienen derecho a ser informadas sobre los servicios a que pueden acceder y los requisitos necesarios para su uso; sobre los tratamientos médicos y sus riesgos, antes de que les sean aplicados; a dar el consentimiento para cualquier intervención; a acceder a la historia clínica propia, y a la confidencialidad de los datos relativos a la salud propia, en los términos que se establecen por ley.”

25 EABal¹⁸ y el art. 14 EAARA¹⁹.

Estos cinco artículos tienen en común que expresamente prevén la necesidad de desarrollo legal de los derechos allí reconocidos, lo que implica una reserva de ley autonómica para el desarrollo de dicha competencia de acuerdo con el contenido de cada EA. Así, mayores serán los ámbitos reservados a la ley por el EAAnd y el EACyL.

Aunque con dicciones muy parecidas, los cinco no son unánimes, en cambio, a la hora de abordar la universalidad, la gratuidad y la igualdad del sistema así como la titularidad. Hablan de sistema universal Andalucía, Baleares y Aragón. Hacen referencia a la igualdad en el acceso al servicio público Cataluña, Castilla y León y Aragón, que es la única que habla también de acceso en condiciones de calidad. Cataluña es la única que especifica que el acceso a los servicios públicos es gratuito, sin embargo considero que este carácter debe considerarse implícito en aquellos casos en que se recoge la idea de universalidad. En este sentido solamente el EACyL es el único del que podría derivarse un sistema no constreñido por los principios de universalidad y gratuidad.

18 Art. 25 EABal: “1. Se garantiza el derecho a la prevención y a la protección de la salud mediante un sistema sanitario público de carácter universal.

2. Todas las personas con relación a los servicios sanitarios tienen derecho a ser informadas sobre los servicios a que pueden acceder y los requisitos necesarios para usarlos y sobre los tratamientos médicos y sus riesgos, antes de que les sean aplicados; a dar el consentimiento para cualquier intervención; a acceder a su historia clínica propia y a la confidencialidad de los datos relativos a la propia salud, en los términos que establecen las leyes.

3. Todas las personas con relación a los servicios sanitarios tienen derecho al conocimiento y a la exigencia de cumplimiento de un plazo máximo para que les sea aplicado un tratamiento; a ser informadas de todos los derechos que les asisten y a no padecer ningún tratamiento o práctica degradante.

4. Todas las personas tienen derecho a un adecuado tratamiento del dolor y a cuidados paliativos, así como a declarar su voluntad vital anticipada que deberá respetarse en los términos que establezca la ley.”

19 Art. 14 EAARA: “1. Todas las personas tienen derecho a acceder a los servicios públicos de salud, en condiciones de igualdad, universalidad y calidad, y los usuarios del sistema público de salud tienen derecho a la libre elección de médico y centro sanitario, en los términos que establecen las leyes.

2. Los poderes públicos aragoneses garantizarán la existencia de un sistema sanitario público desarrollado desde los principios de universalidad y calidad, y una asistencia sanitaria digna, con información suficiente al paciente sobre los derechos que le asisten como usuario.

3. Los poderes públicos aragoneses velarán especialmente por el cumplimiento del consentimiento informado.

4. Todas las personas podrán expresar su voluntad, incluso de forma anticipada, sobre las intervenciones y tratamientos médicos que desean recibir, en la forma y con los efectos previstos en las leyes.”

Sobre la titularidad, estos artículos son reflejo de la “cierta confusión conceptual e inadecuación normativa” de la que habla Cámara, puesto que los nuevos EEAA “reconocen los derechos distinguiendo aquellos de los que son titulares todas las personas, determinadas personas en una específica situación o condición [en este caso, los pacientes o usuarios del servicio público], y los ciudadanos de la Comunidad autónoma.”²⁰ Salvo Baleares, que siempre habla de personas, los cuatro restantes distinguen a los usuarios del resto de categorías, normalmente ligados al elenco de derechos especificados, de lo que resultarán trascendentes los requisitos necesarios que determine la ley para tener la consideración de usuario, por ejemplo, si implica un carácter habitual o no, ligado también a la vecindad o residencia. A mi entender, habrá que estar a la naturaleza de cada inciso pues habrá derechos que puedan ser extendidos también a los ámbitos de medicina privada. Cataluña expresamente distingue entre los casos que sólo afectan al servicio público de aquellos derechos que deben observarse también en el ámbito privado. En todo caso esto sería deducible del art. 37.1 EACat cuando establece que los derechos vinculan a los particulares en función de su naturaleza. En sentido similar este principio sería aplicable en Andalucía (art. 38 EAAnd), Castilla y León (art. 17.1 EACyL), amén del EABal que en todo momento maneja un lenguaje universalista. *A contrario sensu*, habría que pensar que al no existir dicha cláusula extensiva de eficacia horizontal en el EAARA, los derechos referidos a los usuarios en el art. 14 EAARA no cabría extrapolarlos fuera del servicio público; con todo, dado su tenor literal no surge realmente problemática alguna pues expresamente sólo se hace referencia a la libre elección médica y al deber de información jurídica como usuario.

Entrando en el detalle de algunos de los derechos especificados, todos los EEAA (incluido aquí el valenciano en su art. 54) reiteran la necesidad de prestar el consentimiento y el derecho a recibir información previstos ya en la LGS y de manera indubitada tras la LAP. En esa información debe entenderse incluida la asistencial sanitaria, necesaria para el consentimiento informado (*ex arts.* 4-13 LAP) pero del dictado de algunos preceptos (art.22.2.c) EAAnd, art. 25.3 EABal, art. 14.2 EAARA) se deduce también que esa información incluye también la de *los derechos que les asisten*.

20 CÁMARA VILLAR, “Titulares de los derechos y destinatarios de la políticas públicas”, p. 51

Sobre la libre elección médica (art. 13 LAP), que incluye tanto facultativo como centro sanitario, está prevista en todos los EEAA que concretan los derechos de los usuarios (por tanto, todos menos el EABal). En cierto modo es lógico que este derecho se especifique en el ámbito prestacional del servicio público dado que en la medicina privada, *per se*, ya existe esa voluntariedad del paciente. Se puede decir que es una garantía del paciente, dentro de las posibilidades de la Administración, de elegir, de ejercer la autonomía en el ámbito público. Resulta trascendente para conseguir un sistema público de calidad, con lo que es evidente la razón por la que los EEAA lo han querido incluir como uno de los derechos estatutarios de salud.

En relación con lo anterior, otro índice de calidad del sistema son las denominadas listas de espera, que se han introducido como derecho estatutario en el sentido de establecer tiempos máximos para acceder a servicios o tratamientos (art. 22.2.g) EAAnd, art.13.2.pr.3.b) EACyL y art. 25.3 EABal). Sobre la segunda opinión médica, se prevé sólo en el art. 22.2.h) EAAnd y en el art.13.2.pr.3.d) EACyL. Estos derechos son un ejemplo de inclusión en el EA por relación inferior pues los mismos se encontraban ya en el ordenamiento autonómico, en concreto en el andaluz, que los prevé ya desde la Ley 2/1998, de 15 de junio, de salud de Andalucía, en el art. 6.1.m) -tiempo máximo- y o) -segunda opinión-. De aquí observamos que en este caso la inclusión por relación inferior se produce en el EAAnd, mientras que en el castellanoleonés se realiza por imitación del andaluz.

Aunque la intimidad y la protección de datos normalmente han sido objeto de regulación específica en las nuevas cartas, ésta también tiene una proyección en el ámbito sanitario, especialmente por la historia clínica (arts. 14 y ss. LAP), la intimidad y la protección de datos del paciente. En este sentido se expresan todas menos Aragón.

Sobre los cuidados paliativos y el tratamiento del dolor están previstos expresamente en los art. 22.2.i) EAAnd, art.13.2.pr.3.f) EACyL y art. 25.4 EABal, mientras que Cataluña lo separa del artículo sobre salud y lo coloca en el intitulado derecho a vivir con dignidad el proceso de la muerte del art. 20.1 *ab initio*. Sin duda este derecho está íntimamente ligado, como se ve en la opción catalana, con la denominada muerte digna y las instrucciones previas (art. 11 LAP). Igual criterio que el EACat ha seguido el EAAnd cuyo art. 20.2 establece con solemnidad que “Todas las personas tienen derecho a recibir un adecuado tratamiento

del dolor y cuidados paliativos integrales y a la plena dignidad en el proceso de su muerte.” Además del absurdo de la reiteración, aunque uno presentado con vocación universal y otro restringido a los usuarios, no se entiende la separación del articulado (tampoco en el caso catalán) puesto que, tal como está configurado nuestro Ordenamiento, este derecho a vivir con dignidad el proceso de la muerte es básicamente un derecho que se va a desarrollar en la cualidad de pacientes dentro de un contexto hospitalario o sanitario y sólo en este sentido cobra razón de ser la necesidad de su proclamación, una muestra más de la autonomía del paciente y la superación del paradigma paternalista en la relación médico-paciente. Sirva esto de ejemplo de que su elevación al Texto estatutario responde a criterios de oportunidad política más que a necesidades de garantías extraordinarias. Por ende, me parece más acertada la opción balear, que ha incluido dentro de los derechos estatutarios de salud un último apartado en el que prevé tanto los cuidados paliativos como la posibilidad de establecer instrucciones previas, aunque si bien no aparece la especificación de mantener la dignidad en el postrer momento vital, ésta puede deducirse del apartado 3 *in fine* cuando establece el derecho genérico a “no padecer ningún tratamiento o práctica degradante”. Por otro lado, el art. 14.4 EAAra, aunque no prevea esta visión de la muerte digna, sí hace referencia en cambio a la voluntad anticipada.

Para ir cerrando los casos concretos, señalaremos que los EEAA de Andalucía y Castilla y León presentan aspectos sectoriales, en especial cuando se refieren a los enfermos mentales, los enfermos crónicos, los que sufren enfermedades invalidantes, los grupos específicos de riesgos, o la especial atención a la geriatría (en este último caso sólo el art. 22.2.k) EAAnd).

Por último, sólo el art. 22 EAAnd ha previsto nuevos derechos como los relacionados con la medicina predictiva o el consejo genético. Este sería el único caso de aproximación de la ciencia y la investigación a los derechos estatutarios de la salud, sin que en los títulos de derechos, cosa distinta son las competencias, se haya previsto un planteamiento normativo de estos ámbitos y en especial en lo que suponen en el campo de la biomedicina, habiéndose dejado en la mayor parte de los casos para la literatura de los principios rectores.²¹

21 Véase una crítica a la falta de este tratamiento conjunto en GARRIDO CUENCA, “Derechos, principios y objetivos relacionados con el derecho a la salud”, en especial p. 618-621, en donde la Autora manifiesta su pesar por la falta de ambición

4. CONSIDERACIONES FINALES

Los derechos estatutarios, en general, y los de salud, en particular, implican un tentativo de actualización y cercanía de la Norma estatutaria a la ciudadanía, con lo que era lógico pensar que su regulación en el ámbito sanitario sería más o menos pormenorizada, aunque ya hemos visto que todos consagran derechos *importantes* para el ámbito de la salud pero que salvo el EAAnd, y en menor medida el EACyL, apenas presentan innovaciones. En general, la redacción de los mismos está pensando en elencos para los pacientes y usuarios de los servicios públicos, con las excepciones de eficacia horizontal que hemos señalado.

En tal sentido, quizá el tenor del art. 25 EABal sea, a mi juicio, el más completo aunque no pormenorece todas las especificaciones, dado que se presenta para *todas las personas*, con las garantías más significativas, sin distinción de la naturaleza del servicio, entre las que se encuentra el consentimiento informado, así como los cuidados paliativos y la voluntad anticipada, que en el caso de Cataluña y Andalucía se han recogido, con poca fortuna a mi entender, como derechos separados, cuando es evidente que los mismos tienen especial trascendencia en el ámbito sanitario; luego deben entenderse incluidos en cierto modo entre los derechos estatutarios de salud, en su sentido plural y diverso, que hemos visto se han recogido en todos los EEAA reformados salvo las excepciones señaladas para Valencia y Extremadura.

5. BIBLIOGRAFÍA

- ÁLVAREZ CONDE, Enrique, *Reforma constitucional y reformas estatutarias*, 1ª ed., Madrid: Iustel, 2007
- ÁLVAREZ GONZÁLEZ, Elsa Marina, “El sistema nacional de salud como sistema: realidad y carencias”, en *Revista Derecho & Salud*, vol. 15 nº 1: 2007, p. 1-28
- APARICIO PÉREZ, Miguel Ángel (ed.), CASTELLÀ ANDREU, Josep Mª, EXPÓSITO, Enriqueta (coords.), *Derechos y principios rectores en los Estatutos de Autonomía*, Barcelona: Atelier, 2008

- BALAGUER CALLEJÓN, Francisco (Dir.) ORTEGA ÁLVAREZ, Luis, CÁMARA VILLAR, Gregorio, MONTILLA MARTOS, José Antonio (coords.), *Reformas Estatutarias y Declaraciones de Derechos*, Sevilla: Instituto Andaluz de Administración Pública, 2008
- BALAGUER CALLEJÓN, Francisco, “Derechos, principios y objetivos en los Estatutos de Autonomía reformados”, en *Anuario Jurídico de La Rioja*, nº 13: 2008, p. 11-31
- BELTRÁN AGUIRRE, Juan Luis, “Anotaciones a la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud”, en *Revista Derecho & Salud*, vol. 11: 2003, p. 123-139
- “La igualdad básica, la coordinación y la cooperación interterritorial: fundamentos del sistema nacional de salud”, en *Revista Derecho & Salud*, vol. 10 nº 2: 2002, p. 125-155
- CAAMAÑO DOMÍNGUEZ Francisco, “Sí, pueden (Declaraciones de derechos y Estatutos de Autonomía)”, en *Revista Española Derecho Constitucional*, nº 79: 2007, p. 33-46
- CÁMARA VILLAR, Gregorio, “Veste y realidad de los derechos estatutarios”, en *Revista de Estudios Políticos (Nueva Época)*, nº 151: 2011, p. 57-107
- “Los derechos estatutarios no han sido tomados en serio (a propósito de la STC 247/2007, de 12 de diciembre, sobre el Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana)”, en *Revista Española Derecho Constitucional*, nº 85: 2009, p. 259-298
- “Titulares de los derechos y destinatarios de las políticas públicas”, en Balaguer Callejón (Dir.), *Reformas Estatutarias y Declaraciones de Derechos*, Sevilla: Instituto Andaluz de Administración Pública, 2008, p. 21-51
- CANOSA USERA, Raúl, “Preparando una mutación constitucional. Comentario a la STC 247/2007, de 13 de diciembre”, en *Teoría y Realidad Constitucional*, nº 22: 2008, p. 569-583
- “La declaración de derechos en los nuevos Estatutos de Autonomía”, en *Teoría y Realidad Constitucional*, nº 20: 2007, p. 61-115

en este punto de las reformas estatutarias, pudiéndose haber abierto el camino de actuación de la bioética si se hubiera regulado junto a los derechos estatutarios de salud, algunos aspectos de biomedicina.

- CARRILLO LÓPEZ, Marc, “Los derechos estatutarios y sus garantías en la sentencia 31/2010, de 28 de junio, sobre la reforma del Estatuto de Autonomía de Cataluña”, en *Revista Española de Derecho Constitucional*, nº 92: 2011, p. 331-354
- CORREAS SOSA, Irene, “El copago sanitario: ¿un auxilio para el mantenimiento de la sostenibilidad del sistema?”, en *Revista Derecho & Salud*, vol. 21 nº 2: 2011, p. 133-141
- CRUZ VILLALÓN, Pedro, “La reforma del Estado de las Autonomías”, en *Revista d’Estudis Autònoms i Federals*, nº 2: 2006, p. 77-99
- DE LA QUADRA-SALCEDO JANINI, Tomás, “El régimen jurídico de los derechos sociales estatutarios. Reflexiones tras la STC 247/2007, de 12 de diciembre”, en *Revista General de Derecho Constitucional*, nº 5: 2008
- DÍEZ-PICAZO GIMÉNEZ, Luis María, “De nuevo sobre las declaraciones estatutarias de derechos: respuesta a Francisco Caamaño”, en *Revista Española Derecho Constitucional*, nº 81: 2007, p. 63-70
- “¿Pueden los Estatutos de Autonomía declarar derechos, deberes y principios?”, en *Revista Española Derecho Constitucional*, nº 78: 2006, p. 63-75
- ENÉRIZ OLAECHEA, Francisco Javier, “La regulación del derecho a la protección de la salud en los nuevos Estatutos de Autonomía: análisis crítico”, en *Revista Derecho & Salud*, vol. 17 nº extraordinario XVII Congreso Derecho y Salud: 2009, p. 47-65
- EXPÓSITO GÓMEZ, Enriqueta, “Declaraciones estatutarias ¿de derechos? Un análisis a la luz de las SSTC 247/2007 y 31/2010”, en *Teoría y Realidad Constitucional*, nº 27: 2011, p. 481-502
- “La regulación de los derechos en los nuevos estatutos de autonomía”, en *Revista d’Estudis Autònoms i Federals*, nº 5: 2007, p. 147-202
- FERNÁNDEZ FARRERES, Germán, *¿Hacia una nueva doctrina constitucional del Estado Autónomo? (comentario a la STC 247/2007, de 12 de diciembre, sobre el Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana)*, Cizur Menor: Thomson/Civitas (Editorial Aranzadi), 2008
- FERRERES COMELLA, Víctor, BIGLINO CAMPOS, Paloma, CARRILLO, Marc, *Derechos, deberes y principios en el nuevo Estatuto de Autonomía de Cataluña*, Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 2006
- GARRIDO CUENCA, Nuria, “Derechos, principios y objetivos relacionados con el derecho a la salud”, en Balaguer Callejón (Dir.), *Reformas Estatutarias y Declaraciones de Derechos*, Sevilla: Instituto Andaluz de Administración Pública, 2008, p. 605-621
- GARRORENA MORALES, Ángel, “El derecho de aguas ante la reforma de la Constitución y de los Estatutos de Autonomía”, en *Teoría y Realidad Constitucional*, nº 18: 2006, p. 77-104
- LEÓN ALONSO, Marta, *La protección constitucional de la salud*, Las Rozas: La Ley, 2010
- LÓPEZ MENUDO, Francisco, “Los derechos sociales en los Estatutos de Autonomía”, en *Revista Andaluza de Administración Pública*, nº 73: 2009, p. 71-190
- MUÑOZ MACHADO, Santiago, “La cohesión del Sistema Nacional de Salud”, en *Revista Derecho & Salud*, vol. 12 nº extraordinario XII Congreso Derecho y Salud: 2004, p. 15-23
- ROIG MOLÉS, Eduard, “La reforma del Estado de las Autonomías: ¿ruptura o consolidación del modelo constitucional de 1978? Comentario al artículo del profesor Pedro Cruz Villalón publicado en el número 2 de *Revista d’Estudis Autònoms i Federals*”, en *Revista d’Estudis Autònoms i Federals*, nº 3: 2006, p. 149-185
- RUIZ-RICO RUIZ, Gerardo (coord.), *La reforma de los estatutos de autonomía. Actas del IV Congreso de la Asociación de Constitucionalistas de España*, Valencia: Tirant Lo Blanch, 2006
- SÁNCHEZ BARRILAO, Juan Francisco, “La giustiziabilità dei diritti riconosciuti dagli Statuti nello Stato Autonomo spagnolo”, en *Quaderni Regionali*, nº 2: 2012, p. 267-312
- SOLOZÁBAL ECHAVARRÍA, Juan José, “Algunas consideraciones sobre las reformas estatutarias”, en *Teoría y Realidad Constitucional*, nº 22: 2008, p. 315-335

- *Tiempo de reformas. El Estado autonómico en cuestión*, Madrid: Biblioteca Nueva, 2006
- *Nación y Constitución. Soberanía y autonomía en la forma política española*, Madrid: Biblioteca Nueva, 2004
- TORNOS MÁS, Joaquín, “Sistema de seguridad social versus sistema nacional de salud”, en *Revista Derecho & Salud*, vol. 10 n° 1: 2002, p. 1-13
- TUDELA ARANDA, José, “La ideología en el Estatuto de Autonomía de Extremadura. Derechos y principios. La reacción frente a la emulación”, en Solozábal Echavarría (coord.), *El nuevo Estatuto de Extremadura*, Madrid: Marcial Pons, 2011, p. 149-191
- TUR AUSINA, Rosario, ÁLVAREZ CONDE, Enrique, *Las consecuencias jurídicas de la sentencia 31/2010, de 28 de junio del Tribunal Constitucional sobre el Estatuto de Cataluña. La sentencia de la perfecta libertad*, Cizur Menor: Aranzadi – Thomson Reuters, 2010
- VIDA FERNÁNDEZ, José, “Sostenibilidad del sistema sanitario. Crisis económica, prestaciones sanitarias y medidas de ahorro”, en *Revista Derecho & Salud*, vol. 21 n° 2: 2011, p. 13-34
- VILLAR ROJAS, Francisco José, “La privatización de la gestión de los servicios sanitarios públicos: las experiencias de Valencia y Madrid”, en *Revista Derecho & Salud*, vol. 17 n° extraordinario XVII Congreso Derecho y Salud: 2009, p. 1-15
- VILLAVERDE MENÉNDEZ, Ignacio, “Estatutos, declaraciones de derechos y derechos estatutarios”, en *Revista General de Derecho Constitucional*, n° 13: 2011, p. 1-27