

LAS COMPETENCIAS DEL ESTADO, COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y CORPORACIONES LOCALES EN MATERIA SANITARIA.

Francisco Javier Sanz Larruga
Prof. Titular de Derecho Administrativo
Universidade da Coruña

Sumario:

I. BREVE EXCURSUS HISTÓRICO SOBRE GESTIÓN DE LA SANIDAD PÚBLICA. II. LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA DE 1978 Y SU PROYECCIÓN SOBRE LA ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO. 1. El derecho a la protección de la salud y la estructura autonómica del Estado. 2. Los criterios sobre el reparto de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas y la doctrina del Tribunal Constitucional. A. Los títulos competenciales implicados. B. Los Decretos de transferencias en materia de Sanidad. C. Las competencias del Estado: a. Sobre la sanidad exterior. b. Sobre la sanidad interior. a'. La legislación básica. b'. La coordinación y planificación sanitaria. c'. La alta inspección. c. Sobre los productos farmacéuticos. d. Otros títulos competenciales conexos. a'. Sanidad y Seguridad Social. b'. Sanidad y asistencia social. c'. Sanidad y orden público. d'. Sanidad y protección de los consumidores. e' Sanidad y las competencias sobre agricultura y ganadería. f'. Sanidad y protección del medio ambiente. D. Las competencias de las Comunidades Autónomas. **III. EL SISTEMA COMPETENCIAL ENTRE EL ESTADO, LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y LOS ENTES LOCALES EN LA LEY GENERAL DE SANIDAD DE 1986.** 1. La descentralización de la sanidad como principio inspirador de la Ley. 2. Las competencias del Estado. A. Sanidad exterior. B. Bases de la sanidad interior. C. Alta inspección del Estado. D. Coordinación general del sistema sanitario. 3. Las competencias de las Comunidades Autónomas. 4. Las competencias de las Entidades Locales. **BIBLIOGRAFÍA**

I. BREVE EXCURSUS HISTÓRICO SOBRE GESTIÓN DE LA SANIDAD PÚBLICA.

La preocupación del hombre por las cuestiones relativas a la salud colectiva es muy antigua, ante los devastadores efectos de las epidemias, si bien ésta se desarrolló principalmente en torno a la aglomeraciones urbanas. En España, la sanidad pública constituía desde el antiguo régimen una función pública atribuida a los entes municipales, bajo el rancio concepto de “policía de comodidad y salubridad”.

Como comienza expresando el Preámbulo de la vigente Ley General de Sanidad (en adelante, LGS):

“De todos los empeños que se han esforzado en cumplir los poderes públicos desde la emergencia misma de la Administración contemporánea, tal vez no haya ninguno tan reiteradamente ensayado ni con tanta contumacia frustrado como la reforma de la Sanidad.

Es, en efecto, 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, de manera que se ha convertido en una constante entre nosotros la inadaptación de las estructuras sanitarias a las necesidades de cada época.”

En los inicios del Estado liberal el modelo sanitario de la época precedente se mantuvo inalterado. El grueso de las competencias sobre salud pública recaía sobre los entes locales (cfr. art. 321 de la Constitución de 1812 y las Instrucciones “para el gobierno económico y político de las provincias” de 1813 y 1823). En la Administración del Estado subsistían unos órganos centrales sanitarios, de naturaleza colegial, el “Protomedicato” y la “Junta Suprema de Sanidad”.

Durante esta etapa de continuidad, la sanidad pública era concebida como policía sanitaria, preocupada exclusivamente por la protección de la salud colectiva ante las temibles enfermedades contagiosas y las epidemias; lo sanitario se vinculaba al concepto de orden público como título habilitante de actuación de los poderes públicos.

El primer modelo contemporáneo de la Administración sanitaria española -tras el intento fallido del Código Sanitario de 1822- se encuentra en la **Ley de Sanidad de 1855**. Asimismo constituye un importante hito en el proceso de la progresiva centralización del sistema de la sanidad pública. La reorganización experimentada por la Administración sanitaria del Estado -potenciada con la creación de la Dirección General de Sanidad, en 1847, dentro del Ministerio de la Gobernación- se decantó en menoscabo de las competencias locales, desvirtuando las manifestaciones descentralizadoras de la legislación local.

En la segunda mitad del siglo XIX emerge la preocupación por la asistencia sanitaria de los pobres -aparte de los servicios prestados por la Beneficiencia privada-, desarrollada por facultativos municipales. Por primera vez se procede a la regulación de la sanidad exterior (marítima).

La **Instrucción General de Sanidad de 1904** marca un nuevo periodo en la organización sanitaria española, fomentando la especialización de los órganos sanitarios y una ampliación muy notable de la acción pública sanitaria, así como de las técnicas de intervención administrativa. La Instrucción está imbuída de una nueva concepción, la “higienista o sanitarista”, poniendo el énfasis en la salubri-

dad del entorno en el que se desarrolla la vida humana como eje de dicha acción (agua, aire, vivienda, lugares de trabajo, etc).

La presencia de las Inspecciones de Sanidad en las Provincias y en los Municipios, como rama periférica especializada de la Administración Pública central, continúa el proceso centralizador pese a las nominalistas disposiciones del régimen local, que siguen atribuyendo importantes competencias sanitarias a los Ayuntamientos (cfr. Reglamento de Sanidad Municipal de 1925). Se produce una estrecha vinculación entre el urbanismo y la sanidad (reglamentos de higiene), y se distingue con mayor nitidez las ramas sanitarias interior y exterior.

Hasta este momento, los rasgos generales de la organización de la Administración sanitaria española se pueden sintetizar, siguiendo a PEMÁN GAVÍN, como sigue:

- 1º.- la vinculación de la Administración sanitaria a órganos administrativos de competencia general, y, concretamente, bajo la órbita del Ministerio de la Gobernación y de los jefes Políticos o gobernadores Civiles.
- 2º.- la presencia de órganos colegiados con diferentes cometidos.
- 3º.- la tensión entre el principio de descentralización y las tendencias centralizadoras, prevaleciendo éstas finalmente.
- 4º.- la tendencia a la dispersión de competencias sanitarias.

En 1942, la Ley de Seguro Obligatorio de Enfermedad inaugura una nueva etapa, constituyendo el germen de lo que más tarde precipitará en el apartado sanitario de la Seguridad Social. De otra parte, la **Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944**, culmina el proceso de centralización del modelo administrativo de la Sanidad pública, con una clara afirmación de la competencia estatal sanitaria -representada por la Dirección General de la Sanidad-. El pujante -pero irracional- desarrollo del servicio público sanitario degeneró en una inmensa masa normativa y en una enorme dispersión competencial y fragmentación del sector sanitario.

Con antelación a la Constitución Española de 1978, se produce una considerable dispersión del sistema público sanitario asistencial ante la multiplicidad de servicios (sanidad, beneficencia, seguridad social). En el aspecto organizativo, cabe destacar -en este periodo preconstitucional- la creación del Ministerio de Sanidad en 1977 y su Administración institucional dependiente (INSALUD, 1978).

Como señala MUÑOZ MACHADO, la Sanidad española llegó a 1978 aquejada de diversas debilidades:

- la dispersión normativa existente sobre la regulación de la intervención pública en el sector sanitario, ocasionada, entre otros motivos, por el carácter principal de la Ley de Sanidad de 1944.

- la variabilidad de la política sanitaria ante una masa enorme e inabarcable de normas.
- una complejidad organizativa en el sistema sanitaria ante la ampliación de las formas de cobertura de la Seguridad Social.
- la falta de coordinación entre los diferentes servicios de asistencia sanitaria y la ausencia de una verdadera política sanitaria.
- la imposibilidad de someter a gestión unitaria los aspectos asistenciales de la protección de la salud, causada por el entrecruzamiento de competencias entre diferentes organizaciones de la Administración pública.

II. LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA DE 1978 Y SU PROYECCIÓN SOBRE LA ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO.

1. El derecho a la protección de la salud y la estructura autonómica del Estado

Las referencias, explícitas e implícitas, a la protección de la salud en la Constitución española de 1978 (en adelante CE) son múltiples, así:

- dentro de los objetivos de la política laboral, establece en su art. 40,2 que:
“Los poderes públicos... velarán por la seguridad e higiene en el trabajo”
- en relación con los minusválidos, indica en su art. 49 que:
“los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestará n la atención personalizada que requieran...”.
- con referencia a la tercera edad se indica, en el art. 50 que los poderes públicos atenderán *“sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio”*.
- y en relación a los consumidores, el art. 51 incide en la protección de la *“seguridad y la salud de los consumidores”*.

No obstante, la referencia más relevante y específica a la protección de la salud se recoge en el art. 43:

“1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.

2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de las medidas preventivas y de las prestaciones y de servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.

3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.”

El alcance jurídico y el valor normativo de este precepto, así como todos los contenidos dentro del Capítulo III -del Título 1º de la Constitución- está determinado en el párrafo 3º del art. 53 de la CE, en virtud del cual:

“El reconocimiento, el respeto y la protección de los preceptos reconocidos en el Capítulo III, informarán la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos. Sólo podrán ser alegados ante la jurisdicción ordinaria de acuerdo con lo que dispongan las leyes que los desarrollen”

Como señala PEMAN GAVIN, en el derecho a la salud del citado art. 43 de la CE cabe distinguir tres dimensiones:

1ª.- derecho a la salud como derecho de todo ciudadano a las prestaciones sanitarias del Estado o, en otros términos, a la atención médica organizada y doispensada por los poderes públicos.

2ª.- derecho a la salud como posición subjetiva en relación con la actividad desarrollada por los poderes públicos para proteger la salubridad física (sanidad ambiental, alimenticia, veterinaria, farmacéutica, etc)

3ª.- derecho de la salud como derecho de cada persona a que su salud no se vea amenazada ni dañada por acciones externas realizadas por cualquier sujeto público o privado.

El Tribunal Constitucional (en adelante, TC), interpretando los preceptos constitucionales relativos a la protección de salud, ha afirmado en su importante Sentencia 32/1983, de 28 de abril (con ocasión de un conflicto de competencias promovido por el Gobierno Vasco contra la normativa estatal sobre coordinación y planificación sanitaria y el registro sanitario de alimentos):

“La Constitución, en sus arts. 43 y 51 (...) reconoce el derecho a la protección de la salud (art. 43.1), declara que “compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública” (art. 43.2), dispone que “los poderes públicos garantizarán la defensa de los consumidores y usuarios protegiendo la salud de los mismos” (art. 51.1) y establece que la “Ley regulará el comercio interior y el régimen de autorización de productos comerciales” (art. 51.3). El perfil que se dibuja con todos estos preceptos debe ser completado con otros dos, el 149.1.1, que declara que el Estado tiene competencia exclusiva sobre “la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales”, y el

139.2, que dispone que ninguna autoridad podrá adoptar medidas contrarias a la libre circulación de bienes en todo el territorio español.

De la interpretación sistemática de todos esos preceptos se infiere la exigencia constitucional de que exista un sistema normativo de la sanidad nacional, puesto que los derechos que en tal sentido reconoce la Constitución en los arts. 43 y 51 o, complementariamente, en otros, como el 45.1, que reconoce el derecho que todos tienen a disfrutar de un medio ambiente adecuado para el desarrollo de la persona, pertenecen a todos los españoles y a todos se les garantiza por el Estado la igualdad en las condiciones básicas para el ejercicio de los mismos; en igual sentido hay que interpretar las disposiciones constitucionales, no en balde situadas en este mismo contexto, relativas a la regulación por Ley del comercio interior y del régimen de autorización de productos comerciales, pues dada la unidad del mercado, la libre circulación de bienes y la indudable incidencia que en la salud de los ciudadanos pueden tener determinados productos, es obvio que todo ello debe quedar integrado en un mismo sistema normativo.

Ahora bien, en los preceptos constitucionales examinados hasta aquí sólo se contiene una fijación general de objetivos y de derechos, pero no se establece (salvo por lo que se dice en el art. 149.1.1) un reparto de competencias entre “los poderes públicos” a los cuales en bloque se les confiere la misión de “organizar y tutelar la salud pública” (art. 43.2 de la CE).” (FJ 2º)

El derecho a la protección de la salud constituye un derecho de delimitación legal, es decir, precisa de una ley que desarrolle su contenido para que puedan derivar de él verdaderos derechos subjetivos. A tal fin corresponde la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, cuyo art. 1º dispone:

“1. La presente Ley tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución.

2. Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional.

3. Los extranjeros no residentes en España, así como los españoles fuera del territorio nacional, tendrán garantizado tal derecho en la forma que las leyes y convenios internacionales establezcan.

4. Para el ejercicio de los derechos que esta Ley establece están legitimadas, tanto en la vía administrativa como jurisdiccional, las personas a que se refiere el apartado 2 de este artículo.”

Por último, interesa destacar que la distribución territorial del poder, operada por la CE ha tenido su influjo sobre la organización administrativa de la sanidad, si bien debe haber sido ponderada por el propio alcance del repetido derecho a la protección de la salud.

Como recuerda el Tribunal Constitucional, la competencia exclusiva del Estado para la “*regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos*” (art. 149,1,1ª), obliga a los poderes públicos, y, en particular, al Estado, a asegurar la igualdad en las condiciones básicas de protección de la salud en todo el territorio nacional. Este título competencial ha sido utilizado por el Alto Tribunal, como veremos en el apartado siguiente, como elemento de referencia para interpretar el contenido de los títulos competenciales del Estado y de las Comunidades Autónomas en materia sanitaria. De otra parte, el art. 158,1 CE se refiere a la “*garantía de un nivel mínimo en la prestación de los servicios públicos fundamentales en todo el territorio español*”

Aplicando esta doctrina, la LGS establece en su art. 3º:

“1. Los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades.

2. La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva.

3. La política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales.”

2. Los criterios sobre el reparto de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas y la doctrina del Tribunal Constitucional

A. Los títulos competenciales implicados.

La distribución de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas en lo que se refiere a la materia sanitaria está determinado por el “bloque de constitucionalidad”, conformado, principalmente, por la CE y los Estatutos de Autonomía.

La CE, dentro de su Título VIII distingue dos tipos de títulos competenciales sobre la sanidad, así:

Artículo. 148, 1: “*Las Comunidades Autónomas podrán asumir competencias en las siguientes materias: (...)*

21ª.- Sanidad e Higiene”.

Artículo. 149, 1: *“El Estado tiene competencia exclusiva sobre las siguientes materias:*

16.- Sanidad exterior. Bases y coordinación general de la sanidad. Legislación sobre productos farmacéuticos”.

Tal como se deduce de estos títulos competenciales la materia sanitaria, en general, se subdivide materialmente en los siguientes subconceptos: sanidad exterior, sanidad interior o higiene y productos farmacéuticos. De todos ellos vamos a tratar seguidamente.

B. Los Decretos de Transferencias en materia de Sanidad.

Las transferencias de servicios sanitarios a las Comunidades Autónomas se ha efectuado en torno a tres bloques fundamentales:

1º.- transferencias a las Comunidades Autónomas de las funciones de la Administración Pública del Estado en materia de higiene y sanidad pública, en particular, en los campos relativos a:

- la sanidad ambiental
- la policía sanitaria mortuoria
- la vigilancia epidémica
- las autorizaciones para centros y establecimientos sanitarios
- la salud alimenticia

2º.- transferencia a las Comunidades Autónomas de los centros asistenciales distintos a los de la Seguridad Social y ubicados en dichas Comunidades.

3º.- transferencia de los centros asistenciales de la Seguridad Social (integrados en el Instituto Nacional de la Salud); sólo, como ya señalamos, a las Comunidades Autónomas del art. 151 y equiparadas.

Por lo que se refiere a la Comunidad Autónoma de Galicia, el RD 1679/1990, 28 diciembre, dispuso el traspaso de funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD).

C. Las competencias del Estado.

La interpretación sobre el alcance y contenido de las diferentes competencias en materia sanitaria se debe a la labor jurisprudencial del Tribunal Constitucional, en las más de veinte ocasiones que ha tenido oportunidad de pronunciarse sobre este tema.

Con carácter general, debe resaltarse que el TC, al tratar de la materia sanitaria, utiliza una terminología y un método que pueden denominarse “sistémicos”, es decir, la organización sanitaria se contempla como un “sistema sanitario”, para su funcionamiento se tiene en cuenta la “globalidad del sistema sanitario” (cfr. SSTC 1985/91, 1990/54, 1994/329 y 1996/147).

En la exposición de este apartado, vamos a referirnos al doble ámbito en el que se desenvuelven las competencias del Estado: la sanidad exterior y la sanidad interior, y dentro de ésta última trataremos de precisar el contenido y alcance de los títulos competenciales generales -legislación básica, coordinación, alta inspección, etc- del Estado, así como de los títulos conexos, a través de la doctrina jurisprudencial del Alto Tribunal.

a. Competencias del Estado sobre la sanidad exterior.

La sanidad exterior tiene por objetivo la vigilancia, prevención y eliminación de riesgos para la salud con ocasión del tráfico internacional de personas mercancías, animales y especies vegetales a través de determinados lugares del territorio nacional como es el caso de los puertos, aeropuertos y puestos fronterizos. Tal como se deduce de la dicción del art. 149,1,16ª de la CE, la competencia del Estado en esta materia tiene carácter pleno y exclusivo.

La STC 252/1988 (sobre el conflicto promovido por la Generalidad de Cataluña contra determinados RR.DD del Estado en materia de mataderos) estableció las líneas básicas de interpretación rechazando las pretensiones autonómicas de ampliar sus competencias por el hecho de que su actividad presente una conexión internacional (comercio de productos en la Unión Europea). No obstante, en esta materia de sanidad exterior propugna la necesaria colaboración y coordinación que debe existir entre el Estado y las Comunidades Autonomas para lograr una actuación conjunta.

La STC 329/1994, de 15 de diciembre (conflicto promovido por la Xunta de Galicia contra el RD 1418/1986, de 13 de junio del Estado que regula la sanidad exterior), resume la doctrina sobre la distribución de competencias en esta materia así como la delimitación conceptual entre sanidad exterior e interior:

“...la atribución de competencia exclusiva que la Constitución realiza a favor del Estado en materia de sanidad exterior (art. 149.1.16), atribución que es plena y alcanza tanto a la normación como a la ejecución, de modo que toda competencia que pueda ser encuadrada directamente en dicho título pertenece indubitablemente al Estado (STC 252/1988, fundamento jurídico 3.).

Junto a ello, debe considerarse que pertenece a la Comunidad Autónoma de Galicia el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica

del Estado en materia de sanidad interior (art. 33.1 EAG), de modo que es la distinción entre el aspecto interior o exterior de la actividad pública en materia sanitaria lo que debe servir de guía para determinar la titularidad de la competencia disputada. Al ser ambos aspectos especificación del concepto genérico de sanidad, en cuanto definitorio de una actividad desarrollada por las distintas administraciones, no es precisa una clara definición de éste, sino simplemente determinar si la competencia a la que se refieren las normas impugnadas es encuadrable en uno u otro título competencial.

A tal fin conviene indicar que la primera, *sanidad exterior*, se halla directamente vinculada al tráfico internacional de personas y bienes, cuyo incremento a partir del pasado siglo con los consiguientes riesgos de propagación de ciertas enfermedades que son epidémicas en algunas áreas del planeta- ha generado un importante fenómeno de cooperación sanitaria internacional del que son exponentes, de un lado, la creación de diversas instituciones intergubernamentales, como es el caso de la actual Organización Mundial de la Salud; y también, de otro, la adopción de normas internacionales, entre las que ocupa un lugar relevante el Reglamento Sanitario internacional, aprobado por la Asamblea de dicha Organización en 1951 y revisado posteriormente, al imponer específicas obligaciones a los Estados en esta materia tanto respecto a notificaciones e informaciones epidemiológicas como en relación a la organización y funcionamiento de los servicios sanitarios apropiados para evitar tales riesgos.

De este modo, *la sanidad exterior tiene por objetivo la vigilancia, prevención y eliminación de riesgos para la salud con ocasión del tráfico internacional de personas, mercancías, animales y especies vegetales a través de determinados lugares del territorio nacional, como es el caso de los puertos, aeropuertos y puestos fronterizos autorizados. Y al servicio de este objetivo de protección de la salud se hallan distintas medidas preventivas, asistenciales y prestacionales* (art. 45. 1 y 2 CE) que los servicios sanitarios del Estado pueden adoptar respecto a personas y bienes [como expresa respecto de aquéllas el art. 112 de la Ley Orgánica 7/1985, de 1 de julio, de derechos y libertades de los extranjeros en España], en coordinación con los otros departamentos de la Administración. Con la particularidad de que *tales medidas, por su finalidad de prevención y eliminación de riesgos para la salud en el territorio nacional, han de proyectarse no sólo sobre personas, bienes a su entrada o salida de España, sino sobre las propias instalaciones y sobre su entorno inmediato en puertos, aeropuertos y puestos fronterizos afectos al tráfico internacional para impedir la propagación de enfermedades por diferentes vectores, entre ellos los insectos y roedores, así como por residuos y aguas residuales.*

A la luz de lo expuesto ha de procederse al deslinde de competencia entre el Estado y la Comunidad Autónoma de Galicia en los términos más arriba indicados” (F.J. 2º).

b. Competencias del Estado sobre la sanidad interior.

a'. La legislación básica.

Como indica MUÑOZ MACHADO, la elección de un modelo sanitario actúa como elemento esencial de la competencia del Estado sobre las bases. Esta reserva se efectúa a los efectos de constituir un “sistema sanitario de alcance nacional” (STC 32/1983), lo cual implica a su vez:

- la regulación normativa uniforme y vigencia en toda la Nación
- permite al Estado llevar a cabo la regulación de principio y general de las actuaciones públicas relativas a la tutela de la salud
- impone una regulación uniforme de un complejo organizativo y servicial coherente y racionalizado

La STC 32/1983, de 28 de abril, señala sobre este aspecto lo siguiente:

“No es necesario reiterar aquí la doctrina de este Tribunal sobre la noción material de «bases», pero sí es pertinente añadir que, como ya dijimos en el fundamento primero de la sentencia de 28 de enero de 1982, lo que la Constitución persigue es conferir a los órganos generales del Estado la competencia para fijar las bases de una materia determinada (como sucede aquí con la sanidad interior, artículo 149.1.16 de la CE) «es que tales bases tengan una regulación normativa uniforme y de vigencia en toda la nación», porque con ellas se proporciona el sistema normativo, en este caso el de la sanidad nacional, un denominador común, a partir del cual cada Comunidad podrá desarrollar sus propias competencias. Aunque, como consecuencia de lo expuesto, la competencia estatal para fijar las bases de una competencia de normación que corresponde al legislador, ocurre que en algunas materias ciertas decisiones y actuaciones de tipo aparentemente coyuntural, que tienen como objeto la regulación inmediata de situaciones concretas, pueden tener sin duda un carácter básico por la independencia de situaciones concretas, pueden tener sin duda un carácter básico por la independencia de éstas en todo el territorio nacional y por su incidencia en los fundamentos mismos del sistema normativo. Así se interpretó que ocurre, dentro del campo económico, por lo que concierne a la «concreción e incluso a la cuantificación de medidas contenidas en la regulación básica del crédito» (sentencia de 28 de enero de 1982), y así sucede también en el ámbito de la

sanidad interior; donde determinadas medidas concretas por su contenido, pero necesariamente generales en cuanto a su ámbito territorial de eficacia, son inseparables de otras medidas de ordenación normativa básica y deben ser por ello incluidas en el concepto de bases de competencia estatal.” (F.J.2º), (el subrayado es del autor).

Como señala esta S, aunque la determinación del concepto de bases es una competencia de normación que corresponde al legislador. Excepcionalmente el contenido de las bases puede consistir en ciertas decisiones y actuaciones de tipo coyuntural en todo el territorio y sobre el sistema normativo. En éste sentido afirma la STC 54/1990, de 28 de marzo:

“... las bases a las que se refiere el art. 149.1.16ª CE son, en principio, competencias normativas que persiguen una regulación uniforme y de vigencia en todo el territorio del Estado (STC 1/1982), y aunque este Tribunal ha admitido que en algunas materias, entre las que se halla la Sanidad “ciertas decisiones y actuaciones de tipo aparentemente coyuntural, que tienen como objeto la regulación inmediata de situaciones concretas, pueden tener sin duda carácter básico por la interdependencia de éstas en todo el territorio nacional y por su incidencia en los fundamentos mismos del sistema normativo” (STC 32/1983), este no es el caso de la inspección y control de la distribución y dispensación de estupefacientes y psicotropos que es una actuación ordinaria que en modo alguno incide en el sistema normativo y que se concreta en una serie de típicas medidas de ejecución estrictamente regladas y dirigidas a hacer efectiva la aplicación de la legislación vigente que en materia de medicamentos es, como queda dicho, estatal. Esta interpretación es, por lo demás, la adoptada por el propio legislador estatal que en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS), no ha incluido dentro de las competencias del Estado que enumera en el art. 40 relativa a la inspección y control de la distribución y dispensación de estupefacientes y psicotropos”. (F.J. 3º).

En la STC 182/1988, de 13 de octubre (resolviendo un conflicto promovido por Galicia contra el R.D. de 1984 que regula las estructuras básicas de la salud), el Alto Tribunal, tras insistir en que la definición de lo básico es una operación normativa que corresponde al legislador estatal, exige del Estado -a la hora de establecer la legislación básica- una concreción suficiente en su determinación -que no basta con el señalamiento de meros principios generales- de manera que las Comunidades Autónomas tengan certeza jurídica en su conocimiento.

Por su parte la STC 13/1989, de 26 de enero (resolviendo un conflicto promovido por Cataluña contra un R.D. sobre reglamentación técnico-sanitaria del comercio minorista de alimentación) resume las condiciones que debe cumplir la

normativa básica del Estado: de un parte, garantizar a través de dichas normas un comun denominador normativo dirigido a asegurar, de manera unitaria y en condiciones de igualdad los intereses generales, y, de otra, garantías de certidumbre jurídica que permitan a las CCAA conocer con la mayor exactitud posible cual es el marco normativo a que deben ajustarse.

Por último, la STC 203/1993, de 17 de junio (conflicto promovido por la Generalidad contra el R.D. del Estado que regula la hemodonación y los bancos de sangre), recuerda que, si bien existe una preferencia de ley formal para el establecimiento de las bases, cabe excepcionalmente que la normativa básica se encuentre también en las normas reglamentarias de desarrollo.

La generosidad con la que la jurisprudencia constitucional ha interpretado el alcance de la normativa básica estatal le atribuye una “vis” expansiva que, como en materia económica, se decanta hacia el modelo centralizador.

El título competencial del Estado sobre las bases se ordena hacia dos sectores de la sanidad: la “sanidad interior” (la sanidad exterior, como vimos, es competencia plena y exclusiva del Estado) y la “ordenación farmacéutica”. En éste último supuesto, aunque tal denominación no aparece recogida en la CE, los Estatutos de Autonomía sí la contemplan, remitiendo al art. 149,1,16^a las competencias del Estado (cfr. Por ejemplo, el art. 28,8 del Estatuto de Autonomía de Galicia).

b'. La coordinación y planificación sanitaria.

El art. 146,1,16^a de la CE atribuye al Estado la competencia sobre la coordinación de la sanidad. El TC elaboró un concepto de la coordinación en su STC 11/1984 -que ha reiterado con posterioridad- y que destaca su finalidad de integración de partes distintas en un conjunto o sistema, evitando contradicciones y reduciendo las disfunciones que de subsistir impedirían en funcionamiento del sistema.

La coordinación es una técnica que sirve de complemento a la noción de las bases, pero es una competencia distinta que presupone la existencia de competencias propias de las Comunidades Autónomas, sin que pueda implicar su vaciamiento.

Como resume la STC 54/1990, de 28 de marzo, tratando de la coordinación sanitaria:

*“Tampoco encaja la competencia aludida dentro de la coordinación general de la Sanidad que corresponde al Estado. Al respecto, se dijo en la STC 32/1983 que **“la coordinación general debe ser entendida como la fijación de medios y de sistemas de relación que hagan posible la información recíproca, la homogeneidad técnica en determinados aspectos y la acción conjunta de las autoridades sanitarias estatales y comunitarias***

en el ejercicio de sus respectivas competencias”, caracterización de la coordinación general que fue recogida en el art. 73 de la actual Ley General de Sanidad. Y dicha coordinación presupone la existencia de competencias de las Comunidades Autónomas, que en su grado mínimo deben ser cuanto menos competencias de ejecución a partir de las que el Estado pueda ejercer su competencia de coordinación. Si la inspección y control de la distribución y dispensación de estupefacientes y psicotrópicos recayese en el Estado por vía de la coordinación se negaría la propia necesidad de la existencia de una coordinación en favor del Estado puesto que ya no habría competencias autonómicas que coordinar. Siendo esto así, la competencia de coordinación no puede amparar el vaciamiento de las competencias ejecutivas de las Comunidades Autónomas.” (FJ 3º), (el subrayado es del autor).

La coordinación implica la necesidad de determinar fórmulas y canales (y medios: mapas sanitarios, por ejemplo) para tener una información suficiente y completa. Impone, asimismo, la conjunción de esfuerzos y una coparticipación en la formulación de los objetivos que las diferentes partes que integran el sistema sanitario único deben alcanzar. Así, por ejemplo, para determinar métodos de análisis y medición en materia de control sanitario del medio ambiente, en la adopción de medidas para proteger la salud pública o la sanidad animal ante problemas que puedan tener incidencia nacional, o mediante la existencia de registro general sanitario de alimentos.

En cuanto a los posibles instrumentos de coordinación cabe destacar -siguiendo a MUÑOZ MACHADO-: la “directiva” y la planificación. La primera tiene por finalidad señalar los objetivos o resultados a alcanzar pero sin sustituir a los responsables de llevar a término las actuaciones correspondientes, que serán los encargados de poner los medios en la parte que les corresponda; ello obliga a la existencia de instancias de participación de las Comunidades Autónomas a través de dispositivos orgánicos como la vigente Consejo Interterritorial de Salud.

Por lo que se refiere a la planificación, es básico que exista un esquema de principios conforme a los cuales pueda ordenarse la planificación general en la medida en que sean necesarios para el funcionamiento del sistema sanitario (objetivos comunes, equilibrar desigualdades de dotaciones, etc); en todo caso no puede ser un expediente centralizador o impositivo en manos del Estado.

c'. La alta inspección.

Se trata de un título competencial que sólo aparece contemplado en los Estatutos de Autonomía. La explicación de esta competencia del Estado es relativamente sencilla: cuando las competencias sobre una determinada materia se reparten de manera que la ejecución de las leyes estatales se lleva a término en las

instancias autonómicas, es preciso reconocer al poder central unas facultades de supervisión que le permitan comprobar que su legislación es cumplida efectivamente por los ejecutores autonómicos y también es interpretada de acuerdo con pautas comunes y uniformes por todas.

La STC 32/1983 -siguiendo la doctrina fijada por la STC de 22 febrero de 1982 en materia de educación- define la “alta inspección” como:

“una competencia estatal de vigilancia pero no un control genérico e indeterminado que implique dependencia jerárquica de las CCAA respecto de la AP del E, sino un instrumento de verificación o fiscalización que puede llevar en su caso a instar la actuación de controles constitucionales establecidos en relación con las CCAA, pero no a sustituirlos”

De otro lado, la STC 54/1990, de 28 de marzo, afirma al respecto:

“tampoco cabe subsumir la competencia ejecutiva objeto de disputa en este conflicto dentro de la alta inspección que se atribuye al Estado. Tal como la define el art. 43 de la LGS, la alta inspección consiste en una “función de garantía y verificación del cumplimiento de las competencias estatales y de las Comunidades Autónomas en materia de Sanidad”, pero dicha función no comprende el ejercicio de competencias de inspección y control directo sobre la distribución y dispensación de medicamentos, sustituyendo la competencia ejecutiva directa de la Comunidad Autónoma”. (F.J. 3º).

Los medios que tiene en Estado para ejercer su alta inspección con eficacia la son, en primer lugar su derecho a estar informado debidamente y, en segundo lugar, la facultad de emitir directivas con el fin de uniformar la ejecución. No obstante, su alcance es limitado ya que sólo permite comprobar que la legislación estatal se ejecuta efectivamente por las Comunidades Autónomas.

c. Competencias del Estado sobre los productos farmacéuticos.

La CE, en su art. 149,1,16ª in fine, atribuye al Estado la competencia normativa plena sobre los productos farmacéuticos. Así lo confirma el TC en su STC 71/1982, de 30 de noviembre (resolviendo el recurso de inconstitucionalidad interpuesto por el Estado central contra la Ley de Consumidores del País Vasco), al señalar que la competencia estatal sobre esta materia es más amplia (normativa legal y reglamentaria) que la que posee el Estado con carácter general sobre el sistema sanitario.

Lo anterior implica, de otra parte, que se deja en manos de las Comunidades Autónomas la ejecución de dicha legislación estatal (así lo determinan los Estatutos de Autonomía, por ejemplo, en el art. 33,3 del de Galicia). Sin embargo, el Alto Tribunal ha reconocido -en su STC 32/1983- las competencias

del Estado de inspección y control de la calidad de tales productos cuando su utilización o consumo pudiera afectar a la seguridad pública.

Por el contrario, cuando no concurren títulos estatales (como el de seguridad pública o el de comercio exterior), las competencias de control e inspección sobre productos farmacéuticos son competencia de las Comunidades Autónomas. Esta doctrina se encuentra proclamada por la STC 54/1990, de 28 de marzo. En este caso, el TC entiende que la competencia de ejecución sobre la inspección y control de la distribución y dispensa de los estupefacientes y psicotrópicos debe entenderse atribuida a la Comunidad Autónoma (a Galicia en este caso), sin que el Estado pueda alegar el título de “bases de la sanidad”, ni el de “coordinación general de la sanidad”.

d. Otros títulos competenciales conexos.

a'. Sanidad y Seguridad Social.

Una de las materias competenciales que más se ha identificado -y confundido- con la de la sanidad es la relativa a la Seguridad Social, respecto de la cual el art. 41 de la CE establece que:

“Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres.”

Y a los efectos de la distribución de competencias el art. 149,1,17ª de la CE atribuye al Estado la competencia exclusiva para aprobar la:

“Legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas.”

La relación entre la sanidad y la Seguridad Social se sustenta en el hecho de que ésta tiene en los servicios sanitarios uno de sus campos de actuación más relevantes. Pese a ello, es preciso distinguir ambos títulos materiales desde el momento en que -tal como ha optado la regulación contenida en la Ley General de Sanidad- se reserva al sistema de la Seguridad Social las prestaciones estrictamente económicas, organizado las sanitarias según un sistema propio, separado e integral. En este sentido cabe traer a colación la STC 124/1989, de 7 de julio, en la que se precisa el alcance del título competencial -exclusivo- del Estado sobre el régimen económico de la Seguridad Social, que obedece al fin de preservar la unidad del sistema español de Seguridad Social para todos los ciudadanos, tal como se exige por el art. 41 de la CE.

Lo anterior implica, entre otras cosas, que el Estado tiene competencia exclusiva sobre toda la gestión y administración financiera del sistema sanitario.

Así, el TC, en su STC 46/1985, de 26 de marzo, declaró inconstitucional la Ley del Principado de Asturias 8/1983, de 24 de noviembre, en la que se regulan las tasas sanitarias de la Comunidad Autónoma. Asimismo, con parecidos términos, la STC 124/1989, de 7 de julio.

b'. Sanidad y asistencia social.

La asistencia social plantea menos problemas en su relación con la sanidad al aparecer en la CE como una competencia exclusiva de las Comunidades Autónomas (cfr. art. 148,1,20^a, y a título de ejemplo, el art. 27,23^o del Estatuto de Autonomía de Galicia). Sin embargo, no hace falta recordar que las implicaciones de la asistencia social con la sanidad son múltiples ya que los colectivos beneficiados por tal acción social tiene una vertiente sanitaria (así, para la tercera edad, para las personas incurtidas en minusvalías, etc). Ante esta circunstancia se plantea, en ocasiones, la duda sobre el criterio competencial -asistencial o sanitario- que ha de utilizarse.

La STC 76/1986, de 9 de junio, afirma en esta materia:

“... la noción de asistencia social no está precisada en el texto constitucional, por lo que ha de entenderse remitida a conceptos elaborados (...) la existencia de una asistencia social externa al sistema de Seguridad Social y no integrada en él, a la que ha de entenderse hecha la remisión contenida en el art. 148,1,20^a de la CE, y, por lo tanto competencia posible de las Comunidades Autónomas”

Según esta doctrina jurisprudencial, cuando la prestación sanitaria de la asistencia social esté vinculada a la Sanidad pública la distribución competencial habrá de regirse mediante el art. 149,1,16^a de la CE, mientras que las prestaciones asistenciales dispensadas fuera del sistema de la sanidad pública se desarrollarán bajo el art. 148,1,20^a de la CE.

c'. Sanidad y orden público.

La sanidad pública puede eventualmente relacionarse con la seguridad ciudadana o el orden público en el caso, por ejemplo, de las crisis sanitarias. La STC 33/1982, de 8 de junio, resolvió el conflicto de competencias entre la Generalidad de Cataluña y el Gobernador Civil sobre las medidas de inmovilización de partidas de mejillones en estado nocivo. En este supuesto el TC reconoció la competencia de la Comunidad Autónoma para ejercer dicha competencia, si bien advirtió acerca de la constitucionalidad de la intervención del Estado en caso de crisis sanitarias, amparándose en el título de seguridad pública (art. 149,1,29^a CE), pero sólo bajo las condiciones de necesidad y urgencia.

En la STC 54/1990, ya citada, el Alto Tribunal reconoció la constitucionalidad y las competencias del Estado sobre las actuaciones en casos de interven-

ción en tráfico ilícito de estupefacientes, apoyándose en los títulos estatales de seguridad pública (art. 149,1,29ª) y de Administración de Justicia (art. 149,1,5ª).

d'. Sanidad y protección de los consumidores.

La estrecha relación entre la sanidad y la protección de los consumidores deriva de que ésta última comprende entre sus múltiples objetivos el de la protección de la salud (cfr. arts. 2,1, a) y 3-6 de la Ley 26/1984, de 19 de julio, General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios). Dentro de este campo la regulación de los alimentos ofrece una especial conflictividad competencial entre el Estado y las Comunidades Autónomas en la medida en que éstas tienen competencia para regular en su ámbito la protección de los consumidores.

La STC 71/1982, de 30 de noviembre -resolviendo el recurso de inconstitucionalidad interpuesto por el Gobierno de la Nación contra la Ley del Parlamento Vasco sobre los Consumidores- declara inconstitucional la regulación vasca sobre los aditivos en los alimentos al entender que afecta a una directriz de la sanidad alimentaria que es de competencia estatal y que además rebasa los límites de la libre circulación de bienes en el territorio nacional y afecta a la unidad del mercado. Por el contrario, las condiciones sobre la presentación de los productos farmacéuticos -que regula la Ley vasca- no invade las competencias del Estado.

En la STC 15/1989, de 26 de enero, en relación con la Ley estatal de protección de los consumidores (impugnada por varias Comunidades Autónomas), el Tribunal examina con exhaustividad las normas contenidas en la Ley y que tienen por objeto la protección de la salud, considerando -a lo largo de su F.J.3º- que son de competencia estatal.

Por último, en la STC 202/1992, de 23 de noviembre, que tiene por objeto un conflicto positivo de competencia promovido por la Generalidad de Cataluña, en relación con una O. del Ministerio de Sanidad y Consumo (regulando las ayudas sobre colaboración y asistencia técnica con las Corporaciones Locales en materia de consumo), el Tribunal declara que la competencia controvertida corresponde a la Comunidad Autónoma, salvo la afectación de las subvenciones a los gastos de instalación o potenciación de los laboratorios de control de la calidad de alimentos y bebidas, que es competencia del Estado.

e' Sanidad y las competencias sobre agricultura y ganadería.

La agricultura y la ganadería son competencias exclusivas de las Comunidades Autónomas (cfr. art. 148,1,7ª CE) -de acuerdo con la ordenación general de la economía-. Sin embargo, como ha tenido la oportunidad de declarar el TC en su STC 67/1996, de 18 de marzo (conflicto promovido por la Generalidad de Cataluña contra el R.D. del Estado que regula diferentes aspectos

de la alimentación animal), la posible repercusión de la alimentación animal sobre la salud humana puede implicar la intervención del Estado mediante sus competencias sanitarias.

f'. Sanidad y protección del medio ambiente.

En la STC 208/1991, de 31 de octubre se resuelve el conflicto de competencias entre el Gobierno Vasco y el Estado con ocasión de una Orden del Ministerio de Obras Públicas sobre medición y análisis de las aguas superficiales para la producción de agua potable. El Tribunal defiende en este supuesto el principio de especificidad y la finalidad primordial de la disposición cuestionada como determinante para la atribución de la competencia: el consumo humano y su potencial repercusión sobre la salud debe primar sobre otras consideraciones.

D. Las competencias de las Comunidades Autónomas.

La Constitución Española de 1978 ha optado -como se comprueba al determinar los títulos competenciales (en especial, el art. 149,1,16ª)- por una profunda descentralización en la organización sanitaria. De acuerdo con otro de los elementos del “bloque de constitucionalidad” que son los Estatutos de Autonomía, los títulos sobre los que las Comunidades Autónomas tienen competencias pueden agruparse en los siguientes aspectos:

- 1º.- La sanidad interior e higiene (normalmente como competencia de desarrollo legislativo y ejecución de la legislación básica del Estado)
- 2º.- La ordenación y establecimientos farmacéuticos (también con el alcance del título anterior)
- 3º.- Los productos farmacéuticos (sólo en cuanto a la ejecución de la legislación del Estado)
- 4º.- Las instituciones, servicios sanitarios y coordinación hospitalaria.

A modo de ejemplo transcribimos el art. 33 del Estatuto de Autonomía de Galicia, en el que se contienen la enunciación de la mayor parte de las competencias sanitarias de nuestra Comunidad Autónoma:

- “1. Corresponde a la Comunidad Autónoma el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanidad interior.*
- 2. En materia de seguridad social, corresponderá a la Comunidad Autónoma el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado, salvo las normas que configuren el régimen económico de la misma.*
- 3. Corresponderá también a la Comunidad Autónoma la ejecución de la legislación del Estado sobre productos farmacéuticos.*

4. La Comunidad Autónoma podrá organizar y administrar a tales fines y dentro de su territorio todos los servicios relacionados con las materias antes expresadas, y ejercerá la tutela de las instituciones, entidades y fundaciones en materia de sanidad y seguridad social, reservándose el Estado la alta inspección conducente al cumplimiento de las funciones y competencias contenidas en este artículo.”

Con carácter general, las competencias de las Comunidades Autónomas comprenden dos tipos de funciones:

1ª.- el desarrollo de la legislación básica del Estado y, en particular, la normativa de desarrollo de la sanidad interior (la sanidad exterior, es como vimos, competencia plena del Estado), en la que debe entenderse incluida la ordenación farmacéutica. Este título autoriza, entre otras cosas, a las Comunidades Autónomas a establecer los requisitos técnicos y condiciones mínimas de los centros o establecimientos sanitarios (siempre que sea adicionales a los mínimos fijados por el Estado), asimismo autoriza a dictar normas sancionadoras en materia sanitaria con respeto de los límites constitucionales, etc.

En relación con este tema, la STC 80/1984, de 20 de julio resuelve un conflicto de competencias entre el Gobierno de la Nación y el Gobierno Vasco con ocasión de la regulación por éste de los servicios, centros y establecimientos sanitarios. El TC declara que la fijación por el Gobierno autonómico de los requisitos mínimos para dichos centros no invade competencias del Estado siempre que se respeten las condiciones previstas por el Estado.

2ª.- la ejecución de la ejecución de la legislación sanitaria, tanto del Estado como de las Comunidades Autónomas. Así como en la sanidad exterior todas las competencias pertenecen al Estado -incluso las ejecutivas (especialmente, el control y la vigilancia higiénico-sanitaria), en lo referente a la sanidad interior, todas las competencias pertenecen a las Comunidades Autónomas (principio general de la competencia de ejecución a favor de las Comunidades Autónomas). No obstante, debe recordarse aquí que el Estado puede desarrollar algunas competencias de carácter ejecutivo que se consideran dentro del concepto de bases de la sanidad (cfr. Por ejemplo, las SSTC 15/1989 y 282/1981).. En cuanto a las competencias ejecutivas de aplicación de la normativa sanitaria autonómica, aquéllas pueden ser de diverso contenido y alcance: imposición de sanciones, funciones de control e inspección de drogas y estupefacientes, autorización de apertura de los centros sanitarios, orden de inmovilización de mercancías o cierre de establecimientos, etc.

La STC 80/1984, antes citada declara, en este orden de cuestiones, que la competencia para la acreditación, homologación y autorización de los centros sanitarios es una actividad de ejecución que compete a la Comunidad Autónoma.

Por otra parte, la STC 87/1985, de 16 de julio -resolviendo un recurso del Gobierno central contra la Ley catalana de higiene y control alimentario- afirma la legitimidad de la existencia de un registro sanitario en materia alimentaria de carácter autonómico (compatible con el estatal); de igual manera, se declara la competencia de la Comunidad Autónoma para la autorización de lanzamiento al mercado de productos alimentarios no peligrosos, así como la potestad sancionadora autonómica siempre que no introduzca divergencias irrazonables y desproporcionadas respecto del régimen jurídico previsto en otras partes de territorio nacional.

III. EL SISTEMA COMPETENCIAL ENTRE EL ESTADO, LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y LOS ENTES LOCALES EN LA LEY GENERAL DE SANIDAD DE 1986.

1. La descentralización de la sanidad como principio inspirador de la Ley

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (en adelante, LGS) - que viene a rellenar la previsión del art. 43 de la CE- está inspirada por dos principios fundamentales: el de integración de los servicios sanitarios y el de descentralización de la sanidad.

Con el fin de acabar con la fragmentación de competencias que reinaba en la sanidad pública española la LGS incide en la idea de una visión integral de los servicios sanitarios. Así, el art. 4.1 de la LGS afirma que:

*“Tanto el Estado como las Comunidades Autónomas y las demás Administraciones públicas competentes, organizarán y desarrollarán todas las acciones sanitarias a que se refiere este título dentro de una **concepción integral del sistema sanitario.**”*

La integración de los servicios sanitarios en el llamado “Sistema Nacional de Salud” se opera tanto a escala nacional como, especialmente, en cada Comunidad Autónoma. Dice el art. 44 de la LGS:

“1. Todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud integrarán el Sistema Nacional de Salud.

2. El Sistema Nacional de Salud es el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas en los términos establecidos en la presente Ley.”

Para la integración del sistema se encomienda a las Comunidades Autónomas el control para su mantenimiento, integración que abarca tanto los centros dependientes de las Corporaciones Locales como los centros sanitarios de la Seguridad Social (cfr. Disposición Adicional 6ª de la LGS). En éste último

supuesto, la previsión de integración de los centros de la Seguridad Social (del INSALUD) en los Servicios de las Comunidades Autónomas sólo se ha producido en las de autonomía plena -entre las que se encuentra Galicia (vid. Ley 1/1989, de 2 de enero, del Servicio Gallego de Salud, reformada por la Ley 8/1991).

Pero, sin duda, uno de los rasgos más característicos de la LGS en su marcada tendencia descentralizadora -determinada por el reparto competencial de la Constitución y los Estatutos de Autonomía-. La LGS conjuga la articulación de competencias sanitarias del Estado (bases y coordinación general) con las de las Comunidades Autónomas, y las de éstas con las de las Corporaciones Locales, todo ello bajo el referido principio de integración.

Esta operación implica, de un lado, la definición detallada de las competencias estatales que asegure la unidad del sistema sanitario y, de otra parte, la consagración de un principio general de competencia autonómica y la integración de todos los servicios sanitarios existentes en el ámbito de la Comunidad Autónoma en un entramado organizativo único. En relación con los Ayuntamientos -que tradicionalmente venían desarrollando importantes competencias sanitarias- la LGS sólo menciona algunas materias en que es obligada su intervención.

La regulación legal del reparto de competencias se contiene en el Título II de la LGS, distinguiendo las atribuciones del Estado (arts. 38 a 40), las de las Comunidades Autónomas (art. 41) y las de las Corporaciones Locales (art. 42). La función de alta inspección del Estado se contempla en el art. 43 y la coordinación general sanitarias en los arts. 70 a 77.

2. Las competencias del Estado

A. Sanidad exterior.

Las competencias del Estado en materia de sanidad exterior, con el carácter de competencia plena, se contienen en los arts. 38 y 39 de la LGS. El primero concretando el alcance material de lo que se entiende por “sanidad exterior”, así:

Artículo 38. *“1. Son competencia exclusiva del Estado la sanidad exterior y las relaciones y acuerdos sanitarios internacionales.*

2. Son actividades de sanidad exterior todas aquellas que se realicen en materia de vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías y del tráfico internacional de viajeros.

3. El Ministerio de Sanidad y Consumo colaborará con otros Departamentos para facilitar el que las actividades de inspección o con-

trol de sanidad exterior sean coordinadas con aquellas otras que pudieran estar relacionadas, al objeto de simplificar y agilizar el tráfico, y siempre de acuerdo con los convenios internacionales.

4. Las actividades y funciones de sanidad exterior se regularán por Real Decreto, a propuesta de los Departamentos competentes.”

Y el art. 39 de la LGS previendo los campos de colaboración internacional:

“Mediante las relaciones y acuerdos sanitarios internacionales, España colaborará con otros países y Organismos internacionales: En el control epidemiológico; en la lucha contra las enfermedades transmisibles; en la conservación de un medio ambiente saludable; en la elaboración, perfeccionamiento y puesta en práctica de normativas internacionales; en la investigación biomédica y en todas aquellas acciones que se acuerden por estimarse beneficiosas para las partes en el campo de la salud. Prestará especial atención a la cooperación con las naciones con las que tiene mayores lazos por razones históricas, culturales, geográficas y de relaciones en otras áreas, así como a las acciones de cooperación sanitaria que tengan como finalidad el desarrollo de los pueblos. En el ejercicio de estas funciones, las autoridades sanitarias actuarán en colaboración con el Ministerio de Asuntos Exteriores.”

B. Bases de la sanidad interior.

En el art. 40 de la LGS se enumera con gran detalle las competencias del Estado en materia sanitaria partiendo, casi al pie de la letra, del RD 2824/1981 que venía regulando la coordinación y planificación sanitaria en España. Dicho artículo establece que la Administración del Estado, sin menoscabo de las competencias de las Comunidades Autónomas, desarrollará las siguientes actuaciones:

“1. La determinación, con carácter general, de los métodos de análisis y medición y de los requisitos técnicos y condiciones mínimas en materia de control sanitario del medio ambiente.

2. La determinación de los requisitos sanitarios de las reglamentaciones técnico-sanitarias de los alimentos, servicios o productos directa o indirectamente relacionados con el uso y consumo humanos.

3. El registro general sanitario de alimentos y de las industrias, establecimientos o instalaciones que los producen, elaboran o importan, que recogerá las autorizaciones y comunicaciones de las Comunidades Autónomas de acuerdo con sus competencias.

4. La autorización mediante reglamentaciones y listas positivas de aditivos, desnaturalizadores, material macromolecular para la fabricación de

envases y embalajes, componentes alimentarios para regímenes especiales, detergentes y desinfectantes empleados en la industria alimentaria.

5. La reglamentación, autorización y registro u homologación, según proceda, de los medicamentos de uso humano y veterinario y de los demás productos y artículos sanitarios y de aquellos que, al afectar al ser humano, pueden suponer un riesgo para la salud de las personas. Cuando se trate de medicamentos, productos o artículos destinados al comercio exterior o cuya utilización o consumo pudiera afectar a la seguridad pública, la Administración del Estado ejercerá las competencias de inspección y control de calidad.

6. La reglamentación y autorización de las actividades de las personas físicas o jurídicas dedicadas a la preparación, elaboración y fabricación de los productos mencionados en el número anterior, así como la determinación de los requisitos mínimos a observar por las personas y los almacenes dedicados a su distribución mayorista y la autorización de los que ejerzan sus actividades en más de una Comunidad Autónoma. Cuando las actividades enunciadas en este apartado hagan referencia a los medicamentos, productos o artículos mencionados en el último párrafo del apartado anterior, la Administración del Estado ejercerá las competencias de inspección y control de calidad.

7. La determinación con carácter general de las condiciones y requisitos técnicos mínimos para la aprobación y homologación de las instalaciones y equipos de los centros y servicios.

8. La reglamentación sobre acreditación, homologación, autorización y registro de centros o servicios, de acuerdo con lo establecido en la legislación sobre extracción y trasplante de órganos.

9. El Catálogo y Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios que recogerán las decisiones, comunicaciones y autorizaciones de las Comunidades Autónomas, de acuerdo con sus competencias.

10. La homologación de programas de formación postgraduada, perfeccionamiento y especialización del personal sanitario, a efectos de regulación de las condiciones de obtención de títulos académicos.

11. La homologación general de los puestos de trabajo de los servicios sanitarios, a fin de garantizar la igualdad de oportunidades y la libre circulación de los profesionales y trabajadores sanitarios.

12. Los servicios de vigilancia y análisis epidemiológicos y de las zoonosis, así como la coordinación de los servicios competentes de las distintas Administraciones Públicas Sanitarias, en los procesos o situaciones que supongan un riesgo para la salud de incidencia e interés nacional o internacional.

13. El establecimiento de sistemas de información sanitaria y la realización de estadísticas, de interés general supracomunitario.

14. La coordinación de las actuaciones dirigidas a impedir o perseguir todas las formas de fraude, abuso, corrupción o desviación de las prestaciones o servicios sanitarios con cargo al sector público cuando razones de interés general así lo aconsejen.

15. La elaboración de informes generales sobre la salud pública y la asistencia sanitaria.

16. El establecimiento de medios y de sistemas de relación que garanticen la información y comunicación recíprocas entre la Administración Sanitaria del Estado y la de las Comunidades Autónomas en las materias objeto de la presente Ley.”

C. Alta inspección del Estado.

Las funciones reconocidas al Estado central por los Estatutos de Autonomía, con el fin de garantizar y verificar el cumplimiento de las competencias estatales y de las Comunidades Autónomas en materia de sanidad se concretan en el art. 43,2 de la LGS:

“a) Supervisar la adecuación entre los planes y programas sanitarios de las Comunidades Autónomas y los objetivos de carácter general establecidos por el Estado.

b) Evaluar el cumplimiento de fines y objetivos comunes y determinar las dificultades o deficiencias genéricas o estructurales que impidan alcanzar o distorsionen el funcionamiento de un sistema sanitario coherente, armónico y solidario.

c) Supervisar el destino y utilización de los fondos y subvenciones propios del Estado asignados a las Comunidades Autónomas que tengan un destino o finalidad determinada.

d) Comprobar que los fondos correspondientes a los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas son utilizados de acuerdo con los principios generales de la presente Ley.

e) Supervisar la adscripción a fines sanitarios de centros, servicios o establecimientos del Estado transferidos con dicha finalidad, sin perjuicio de las reordenaciones que puedan acordar las correspondientes Comunidades Autónomas y, en su caso, las demás Administraciones Públicas.

f) Verificar la inexistencia de cualquier tipo de discriminación en los sistemas de administración y regímenes de prestación de los servicios sani-

tarios, así como en los sistemas o procedimientos de selección y provisión de sus puestos de trabajo.

g) Supervisar que el ejercicio de las competencias en materia de sanidad se ajusta a criterios de participación democrática de todos los interesados. A tal efecto se estará a lo dispuesto en el artículo 5.2 de la presente Ley.”

Estas actividades son ejercidas por el Ministerio de Sanidad y Consumo, cuyos órganos competentes podrán requerir de las Comunidades Autónomas, en caso de incumplimiento, la adopción de las medidas precisas así como la colaboración y prestación de las informaciones oportunas (cfr. art. 43, 3 a 6).

D. Coordinación general del sistema sanitario.

La actividad de coordinación del sistema sanitario corresponde al Gobierno, que ha de elaborar los criterios generales -con la colaboración de las Comunidades Autónomas- y que, en todo caso, han de contener, tal como señala el art. 70,2 de la LGS:

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

b) La determinación de fines u objetivos mínimos comunes en materia de prevención, protección, promoción y asistencia sanitaria.

c) El marco de actuaciones y prioridades para alcanzar un sistema sanitario coherente, armónico y solidario.

d) El establecimiento con carácter general de criterios mínimos básicos y comunes de evaluación de la eficacia y rendimiento de los programas, centros o servicios sanitarios.”

Como establece el art. 73,1 de la LGS:

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

La coordinación sanitaria tiene su manifestación orgánica en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud -previsto en el art. 47 de la LGS-,

integrado por un representante de cada una de las Comunidades Autónomas y por igual número de miembros de la Administración del Estado.

Por otra parte, un instrumento fundamental de coordinación y de integración son los planes sanitarios. Las Comunidades Autónomas deben de planificar sus propios servicios sanitarios (cfr. art. 72 LGS), pero la Ley prevé también que el Estado y las Comunidades Autónomas puedan establecer “planes de salud conjuntos” (cfr. art. 71). De estos instrumentos de planificación destaca el “Plan Integrado de Salud”, comprensivo de los planes sanitarios de las Comunidades Autónomas, de los planes conjuntos y de las propias iniciativas planificadoras del Estado y en cuya elaboración han de respetarse los criterios de coordinación concretados por el Estado (cfr. arts. 74 a 77).

3. Las Competencias de las Comunidades Autónomas

La LGS se abstiene de incidir directamente en el reparto de las competencias -que ya está previsto, como vimos, en el bloque de constitucionalidad-, así el art. 41 señala que:

“Las Comunidades Autónomas ejercerán las competencias asumidas en sus Estatutos y las que el Estado les transfiera o, en su caso, les delegue.”

Por consiguiente, las competencias de las Comunidades Autónomas quedan definidas por remisión a los Estatutos de Autonomía, y, como complemento, de modo residual, por referencia a los que en la Ley no ha sido declarado como básico y perteneciente al Estado (cfr. art. 41,2 LGS). Con carácter general, todos los servicios de carácter ejecutivo se atribuyen a las Comunidades Autónomas a través de un diseño legal que puede calificarse de “administración única”.

La LGS prevé, en su art. 49, que las Comunidades Autónomas organicen sus Servicios de Salud -uno por cada Comunidad-, que conforme un “sistema sanitario coordinado e integral” (art. 56), a través de demarcaciones territoriales, denominadas “áreas de salud” (cfr. arts. 56-69). Para la constitución de estas demarcaciones la LGS impone unas pautas organizativas, que pueden resumirse en la determinación de una estructura desconcentrada, que permita la participación de las Corporaciones Locales y de los ciudadanos en su dirección.

4. Las competencias de las Entidades Locales

La Constitución Española reconoce en su art. 137 la garantía institucional de la autonomía local para la “*gestión de sus respectivos intereses*”. Esta garantía constitucional ha sido precisada por la jurisprudencia del Tribunal Constitucional (cfr. las SS 4/1981 y 32/1981) en los siguientes términos:

- la Constitución garantiza a los Entes Locales la autonomía de la gestión de sus respectivos intereses mediante el reconocimiento de un contenido competencial y de unas funciones públicas, así como de la capacidad de autoorganización.
- corresponde al Estado fijar dicho contenido de la autonomía local en virtud del art. 149,1,18 de la CE sobre establecimiento de las bases de las Administraciones Públicas.
- constituye un límite indisponible para el legislador (estatal y autonómico) el derecho de las comunidades locales a la participación en el gobierno y la administración de cuantos asuntos le atañen y que deberán concretarse en un núcleo competencial mínimo.
- la autonomía local es compatible con la existencia de controles puntuales de legalidad por parte de otras instancias superiores (el Estado y las Comunidades Autónomas).

La concreción del alcance y contenido de la garantía institucional de la autonomía local (art. 140 de la CE) ha sido efectuada por la Ley Reguladora de las Bases de Régimen Local de 1985. En lo que afecta a la materia de sanidad pueden señalarse las siguientes determinaciones:

1º.- Materias de competencia municipal sobre las que los Ayuntamientos han de intervenir: art. 25:

- “g) abastos, mataderos, ferias, mercados, y defensa de usuarios y consumidores*
- h) protección de la salubridad pública*
- i) participación en la gestión de la atención primaria de la salud*
- j) cementerios y servicios funerarios*
- k) prestación de servicios sociales y de promoción y reinserción social*
- l) suministro de agua..., limpieza viaria..., tratamiento de residuos, alcantarillado y aguas residuales”*

2º.- Servicios mínimos, de prestación obligatoria: art. 26:

- “a) en todos los municipios:*
cementerio, recogida de residuos, limpieza viaria, abastecimiento de agua potable, alcantarillado, control de alimentos y bebidas.”

3º.- Actividades complementarias de los Municipios, propias de otras Administraciones Públicas: art. 28:

- “Sanidad”.*

En cuanto a las formas de gestión de los servicios públicos locales, el art. 86,2 de la LRBRL declara la reserva en favor de las entidades locales de una serie de servicios esenciales que, fundamentalmente, tienen carácter sanitario, como las siguientes: “abastecimiento y de puración de aguas, recogida, tratamiento y aprovechamiento de residuos,...; mataderos, mercados y lonjas centrales;... servicios mortuorios”.

Por último, el Reglamento de Servicios de las Corporaciones Locales de 1955, establece en su art. 1º la intervención de los Ayuntamientos en el ejercicio de ciertas funciones entre las que se encuentra la de la “salubridad” ciudadana.

Por su parte, la LGS, con la voluntad de asegurar a las Corporaciones Locales una participación en la gestión de los servicios que contrarreste la pérdida de disposición sobre competencias y establecimientos sanitarios en favor de las Comunidades Autónomas, obliga a ésta a tener en cuenta las responsabilidades y competencias de los Entes Locales al disponer sobre la organización de sus respectivos servicios de salud (art. 42,1). Com ya hemos señalado, las Corporaciones Locales han de participar en los órganos de dirección de las Áreas de Salud (cfr. art. 42,2). En todo caso, la Ley prevé que los Ayuntamientos, sin perjuicio de las competencias sanitarias atribuidas a las demás Administraciones públicas, han de tener una serie de responsabilidades mínimas en relación al obligado cumplimiento de las normas y planes sanitarios, y en particular -como prevé el art. 42,3-, sobre las siguientes materias:

“a) Control sanitario del medio ambiente: Contaminación atmosférica, abastecimiento de aguas, saneamiento de aguas residuales, residuos urbanos e industriales.

b) Control sanitario de industrias, actividades y servicios, transportes, ruidos y vibraciones.

c) Control sanitario de edificios y lugares de vivienda y convivencia humana, especialmente de los centros de alimentación, peluquerías, saunas y centros de higiene personal, hoteles y centros residenciales, escuelas, campamentos turísticos y áreas de actividad físico deportivas y de recreo.

d) Control sanitario de la distribución y suministro de alimentos, bebidas y demás productos, directa o indirectamente relacionados con el uso o consumo humanos, así como los medios de su transporte.

e) Control sanitario de los cementerios y policía sanitaria mortuoria.”

BIBLIOGRAFÍA.

- ABAJO QUINTANA, J.J. y BESTEIRO RIVAS, J.: *Código de Sanidad y Consumo*, tomos 1 y 2, Boletín Oficial del Estado, Madrid 1997.
- CASTELAO RODRIGUEZ, J.: “Competencias sanitarias de las Entidades Locales”, en *Derecho Local Especial*, Tomo I, Abella, Madrid 1997.
- FERNÁNDEZ PASTRANA, J.M.: *El servicio público de la Sanidad: el marco constitucional*, Editorial Cívitas, Madrid 1984.
- LOPERENA ROTA, D.: “La protección de la salud y el medio ambiente adecuado para el desarrollo de la persona en la Constitución”, *Estudios sobre la Constitución Española. Homenaje al Prof. García de Enterría*, tomo II, Civitas, Madrid 1991.
- MINISTERIO PARA LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS: *Régimen de distribución de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas: Sanidad*, Madrid 1992.
- MUÑOZ MACHADO, S.: *La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos*, Alianza Editorial, Madrid 1995.
- PEMÁN GAVIN, J.: *Derecho a la salud y Administración Sanitaria*. Publicaciones del Real Colegio de Bolonia, Bolonia 1989.
- PÉREZ GÓMEZ, J.M., PÉREZ LÓPEZ, R., y VALCARCEL TEJEIRO, N.: *Código Sanitario de Galicia*, Fundación Profesor “Novoa Santos”, A Coruña, 1997.
- TORNOS MAS, J.: “Aspectos constitucionales y distribución de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas”, en *Actas del Primer Congreso Dret i Salut*.