

***LA NATURALEZA DE LA ACTIVIDAD ADMINISTRATIVA
SANITARIA Y SU RÉGIMEN JURÍDICO. APERTURA DE
HOSPITALES Y CLÍNICAS.***

Ilmo. Sr. D. José María Álvarez-Cienfuegos Suárez
Magistrado-Jefe del Gabinete Técnico del Tribunal Supremo

Desde la perspectiva del jurista, la Constitución en su Título Preliminar, asume un compromiso positivo con el reconocimiento de los derechos de la persona, que en razón a su dignidad, tiene derecho a exigir de un Estado que se adjetiva como democrático y social. Esta referencia a la dignidad de la persona humana, garantía de respeto al ser humano, era ya resaltada, con insistencia, por el preámbulo al proyecto de Convención sobre las aplicaciones de la biología y la medicina, elaborado por el Consejo de Europa en 1994 y que se ha visto reconocido en el Convenio sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina.

Efectivamente, los poderes públicos, según el artículo 9.2 de la Constitución, tienen el encargo de lograr que la igualdad y la libertad de los individuos sean reales y efectivas, posibilitando el ejercicio, en plenitud, de sus derechos a la vez que garantizando una participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social.

Todo ello es sólo posible desde la perspectiva del respeto a la integridad física y moral de la persona. La defensa de la salud y su promoción se convierten, pues, en uno de los compromisos básicos que deben asumir los poderes públicos.

El reconocimiento del derecho a la salud como valor individual y colectivo hubiera merecido, a mi juicio, por su trascendencia sobre aspectos básicos que afectan a derechos fundamentales de la persona, una ubicación más preferente en nuestro texto constitucional.

La salud y el derecho a su protección no son un mero principio rector de la política social y económica del Estado. Constituyen, a mi juicio, un auténtico

valor. La primacía del ser humano y su dignidad deben prevalecer, sobre el sólo y exclusivo interés de la sociedad y de la ciencia. Una cosa es que los poderes públicos tengan entre sus competencias la organización y tutela de la salud pública, a través de las medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios, como reza el artículo 43 de la Constitución y otra bien distinta, desconocer la trascendencia que la salud como bien jurídico *per se*, tiene para el pleno desarrollo de la personalidad.

Podemos decir, siguiendo al profesor Hernández Gil, que el derecho no es sólo un sistema de normas ; es también indivisiblemente un sistema de valores. El derecho se nos presenta, por tanto, como una esperanza ética, desde la que se contempla una sociedad más homogénea, en donde los hombres terminan por ser, individual y universalmente, de una manera efectiva libres e iguales. La salud como bien jurídico básico y esencial de una sociedad democrática es, en cierto sentido, un complemento de la libertad.

La efectividad del derecho a la protección de la salud, cuya titularidad la ostentan todos los ciudadanos se nos presenta hoy día como un objetivo irrenunciable. Los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades. La Constitución Española atribuye a los poderes públicos la responsabilidad de organizar y tutelar la salud pública, estableciéndose por ley los derechos y obligaciones de todos al respecto.

La asistencia sanitaria pública se extenderá, por tanto, a toda la población española, el acceso y las prestaciones se realizarán en condiciones de igualdad efectiva dentro de una concepción integral del sistema sanitario, según reconoce nuestra Ley General de Sanidad.

La orientación de las actuaciones sanitarias según el art. 6 de esta Ley, se encamina a promover el interés individual, familiar y social por la salud incluida la prevención y no sólo la curación de las enfermedades. Garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud se considera como actividad fundamental del sistema sanitario, incluida la realización de los estudios epidemiológicos necesarios para orientar la prevención así como la planificación y evaluación sanitaria.

Es conocido por todos que el artículo 10 de la LGS recoge, en buena medida, los derechos del ciudadano ante las Administraciones Públicas encargadas de gestionar el sistema de salud. Veamos, por lo que ahora nos interesa, cual ha de ser la forma de actualizar y hacer efectivos estos derechos.

Esta confluencia de los intereses generales con los derechos básicos e irrenunciables del paciente, nos ratifica en una concepción del derecho cuya definición no es posible sin referencia al deber. Todo derecho es derecho en cuanto lleva

implícito un deber, una situación, un posicionamiento con respecto a uno mismo y con respecto a los demás, los derechos, también los derivados de la estricta relación médico-enfermo, no son en sí mismos, son en el tiempo y en el espacio, no se puede hacer referencia al derecho sin aludir a una situación de alteridad. La atribución de un derecho requiere una reflexión previa sobre el yo y el tú, mi posición no se puede comprender sin contemplar la del prójimo, del próximo, cuanto más intenso, más fundamental sea un derecho, más necesario es reflexionar sobre la posición de la persona en el contexto social.

Hoy se insiste y creo que con acierto en algo que es evidente, los derechos son sociales por una doble razón porque se otorgan en función de un concepto solidario de la propia personalidad del paciente y por que, éste, la persona, se concibe, cada vez más, en función de un grupo social.

Ello nos permitirá entender los derechos del paciente dentro de algo que a mi me parece decisivo: el sistema de salud, exponente de intereses colectivos o generales del grupo social que deben estar presentes incluso, a la hora de determinar el alcance de los derechos del paciente. Derechos sí, pero dentro de un sistema. El derecho a la salud de los ciudadanos no puede considerarse sin referencia al grupo social, a sus posibilidades técnicas, económicas y culturales.

A mi juicio, los derechos del paciente en un sistema integrado de salud como el que define la Ley de Sanidad y recomiendan las normas internacionales, no pueden contemplarse desde la estricta subjetividad de los intereses individuales del ciudadano, sin considerar los intereses de la sociedad en la prevención y defensa de la salud como un bien colectivo y primario de toda comunidad democrática. Es más, la misma concepción del derecho a la salud, en su objetividad, lleva inherente la valoración de los deberes de una concepción solidaria de toda prestación social.

Los servicios sanitarios se nos presentan como uno de los pilares centrales del Estado del Bienestar, por ello las consecuencias de la revisión de la política sanitaria pueden alcanzar al concepto mismo de lo que el Estado debe ofrecer a los ciudadanos. El dilema se centra en determinar si la reforma debe limitarse a perfeccionar las técnicas de gestión y la utilización de los recursos buscando una optimización de los medios humanos y materiales o, por el contrario, se trata de revisar el contenido y alcance del concepto mismo de lo que se entiende por un sistema público de salud en un Estado social y democrático de derecho.

Son muchos los que opinan, desde diferentes planteamientos doctrinales, que la defensa a ultranza del Estado del Bienestar no puede encubrir, alimentar y perpetuar en el tiempo modos de gestión obsoletos e ineficientes que, bajo el pretexto de un mayor control público de los recursos, arroja unos resultados insuficientes.

En cualquier caso, a nuestro juicio, toda reforma del sistema público de la salud afecta, en mayor o menor medida, a principios y valores que como la solidaridad y la equidad aportan contenidos éticos imprescindibles para acercarse, con acierto, a la definición de los perfiles que ha de tener un sistema sanitario moderno.

Para algunos, para casi todos, las reformas del Sistema Nacional de Salud, cualquiera que sea la opción que se elija, deben encaminarse a no deteriorar el nivel de equidad existente en la asistencia y en las prestaciones, siendo objetivo común y pacífico la progresiva mejora en una búsqueda permanente de la eficiencia como manifestación de la calidad asistencial.

La equidad, fundamento del sistema público de salud, se nos presenta como un concepto dinámico y progresivo que encontraría su apoyo en la dignidad de la persona humana y en los derechos inviolables que le son inherentes, mientras que el compromiso positivo de los poderes públicos con este objetivo vendría impuesto por el artículo 9.1 de la Constitución, en donde se recuerda que corresponde a las Administraciones Públicas promover las condiciones para que la libertad y la igualdad - también en el ámbito del derecho a la salud - sean reales y efectivas.

La equidad no es para el jurista una mera reflexión de contenido moral, abstraída de realidades concretas, es más bien la respuesta que la dignidad de la persona humana, traducida a su condición de ciudadano, exige, en cada momento, de una sociedad democrática.

Este rico contenido de la dignidad de la persona humana debe también reflejarse en la equidad sanitaria, condicionada en cuanto a sus prestaciones a los grupos sociales más desfavorecidos por realidades estructurales no siempre justas.

Los niveles de equidad y solidaridad alcanzados en una sociedad democrática que fundamenta su legitimidad en los valores que reconoce la Constitución española de 1978, exigen, necesariamente, como punto de partida garantizar un aseguramiento público, básicamente gratuito, a todos los ciudadanos. La asistencia y defensa de la salud no puede supeditarse, inicialmente, a la capacidad económica del enfermo.

Para muchos expertos el Sistema Nacional de Salud tiene presiones, inicialmente comprensibles, derivadas de la política macroeconómica del gobierno encaminada a controlar el gasto sanitario para reducir el déficit público con objeto de cumplir los criterios de convergencia impuestos por el Tratado de Maastricht. Por otra parte, también existen presiones internas, no menos importantes, derivadas de las deficiencias en la gestión que aconsejan la puesta en práctica de nuevas formas instrumentales, más ágiles, que mejoren la utilización de los medios personales y materiales, a la vez que se hace compatible un control de calidad con la flexibilidad de las estructuras.

Ambos condicionamientos, cuya realidad objetiva no puede ignorarse, tienen diferentes causas y pueden, en su caso, incidir negativamente sobre los derechos básicos del Sistema Nacional de Salud.

Muchas de estas reflexiones aparecen reflejadas, con mayor autoridad y precisión, en el “Informe Abril” presentado en el Congreso de los Diputados en 1991 y en los estudios de la Subcomisión de la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados, constituida en 1996 y que ha entregado sus conclusiones a finales de 1997.

Richard Saltman recuerda, con acierto, como todos los proyectos europeos de reforma se enfrentan inevitablemente con el problema de la equidad en la salud, pues las dificultades de la financiación y el control del gasto se presentan como las cuestiones más urgentes de la política sanitaria. Las cuales, si no se adoptan las medidas correctoras oportunas por parte de los Estados pueden acentuar los niveles de desigualdad en la salud de los ciudadanos.

No puede olvidarse que en un compromiso irrenunciable de todo estado de derecho viene impuesto por la obligación de procurar reducir la desigualdad en la salud. Este debe ser un objetivo permanente que demuestre la sensibilidad de un gobierno democrático por conseguir la igualdad efectiva de todos los ciudadanos.

La igualdad en el acceso a los servicios sanitarios, la no discriminación en el tratamiento para la misma enfermedad debe permitir, al menos teóricamente, que todos estén en condiciones de alcanzar iguales niveles de salud.

Muchos identifican la equidad con el reconocimiento de la igualdad de oportunidades. La finalidad del Estado es, por tanto, eliminar las restricciones que impiden la efectividad de este derecho.

La Constitución nos invita, como hemos visto, a lograr la igualdad en el nivel de salud en las distintas clases sociales. Para ello, la justicia distributiva está llamada a jugar un papel decisivo en el logro de este objetivo.

Muchos expertos ponen de relieve como hoy día en Europa la desigualdad en el estado de salud está empeorando en lugar de mejorar, todo ello en base a otros factores intersociales ajenos a los sanitarios. Ello exige que el Estado, en la definición de su política general, deba tener presente que en las clases sociales más débiles esas diferencias tienen carácter estructural y se encuentran relacionadas con la vivienda, la educación, el empleo, la nutrición, etc..

Debe evitarse, en consecuencia, que los modos de financiación de la sanidad no incidan negativamente sobre la equidad. Parece, desde esta perspectiva, que la financiación mediante impuestos se encuentra relacionada más positivamente con la equidad social.

Por otra parte, los seguros privados y los pagos por los asegurados están altamente correlacionados de forma negativa con la equidad social.

Puede decirse, en conclusión, que la financiación basada en impuestos es la forma más equitativa de financiar los servicios sanitarios.

Este planteamiento es compatible, a nuestro juicio, con los incentivos a profesionales sanitarios como modo de aumentar la productividad, con ello, en algunas experiencias, se ha logrado reducir las listas de espera con una mayor eficiencia en la gestión, lo cual produce un nuevo efecto inducido favorable: la reducción de las presiones existentes sobre la solidaridad general del sistema.

El objetivo común a todas las reformas sanitarias en el derecho comparado europeo se centra en cómo mejorar la financiación sin perjudicar la solidaridad

Otro tema clave y necesario de toda reforma sanitaria pasa por facilitar la descentralización de la gestión a las Comunidades Autónomas y, a la vez, mantener el compromiso de lucha por la equidad que, como obligación de carácter constitucional, corresponde al Estado. Ello refuerza, a nuestro parecer, el mantenimiento de una política sanitaria común para todo el Estado, que, siendo compatible y generosa con las competencias que la Constitución atribuye a las Comunidades Autónomas, garantice el derecho de todos los ciudadanos a la salud en condiciones de igualdad.

Para lograrlo es necesario asumir un cambio en las actuales estructuras que permita profundizar en el Estado de las Autonomías, en el que la pluralidad y diversidad sea compatible con el sentimiento de unidad en los derechos básicos. La reforma sanitaria debería conducir a un cambio en el papel del Estado que, aplicando una metáfora náutica, implicaría menos remos y más timón.

En consecuencia, para lograrlo, el Estado deberá prestar más esfuerzos a los problemas intersectoriales, determinantes fundamentales de la desigualdad, y no sólo a los relacionados con la provisión, propiamente dicha, de los servicios sanitarios.

Siguiendo el criterio de la Organización Mundial de la Salud, para quien el derecho a la salud como derecho distinto al derecho de atención sanitaria, depende en gran manera de la calidad y cantidad del trabajo, de la vivienda, de la alimentación, de la educación y del bienestar social, Vicenc Navarro coincide en afirmar que la salud de una población depende de factores mucho más importantes que la atención sanitaria. En España, en concreto, el 98% de la población tiene cobertura sanitaria de financiación pública a partir del desarrollo de la Ley de Sanidad que en la práctica universaliza esta atención.

Esta universalización de los servicios sanitarios ha tenido, para el citado autor, un impacto muy importante en la redistribución de la renta en España, al

permitir un mayor consumo de recursos por los grupos más humildes. La privatización de la sanidad provocaría, según este autor, la reproducción y acentuación de las desigualdades, en perjuicio de los grupos más vulnerables.

El acuerdo parlamentario adoptado el 21 de octubre de 1997 por la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados insiste, con acierto, en que la finalidad de toda reforma sanitaria debe consolidar el aseguramiento sanitario universal. El sistema sanitario público, resultado del esfuerzo colectivo de varias generaciones, es un importante elemento de justicia redistributiva y de cohesión social que se ha de consolidar atendiendo a los principios básicos de universalidad, equidad, solidaridad y aseguramiento público y único.

Fijar los contenidos y el carácter del derecho a la asistencia sanitaria como derecho público subjetivo, personal y no contributivo, y garantizar tanto la igualdad del contenido del derecho de cada uno de los ciudadanos, sin que existan discriminaciones por razones personales, profesionales o territoriales, como el acceso equitativo a sus contenidos materiales, constituye un objetivo básico de toda reforma sanitaria.

El citado acuerdo parlamentario, con indudable acierto, no renuncia a llevar a cabo la universalización efectiva del derecho a la asistencia sanitaria, extendiéndolo a todos los grupos sociales, y desvinculándolo de los regímenes de afiliación a la Seguridad Social.

Otra de las constantes, admitida por todos, de los proyectos de reforma pasa por impulsar la autonomía de la gestión, racionalizando los programas del gasto sanitario público y adoptando modos organizativos y sistemas de pago que fomenten la eficiencia, para lo cual la participación y el estímulo de los profesionales resulta imprescindible.

Para el logro de estos objetivos debe procederse a un desarrollo pleno de la Ley General de Sanidad con la definitiva transferencia de la gestión, de la asistencia de la Seguridad Social y su red de centros a todas las Comunidades Autónomas.

Este aparente “abandono” del Estado no supone una disminución de sus compromisos, antes al contrario, implica un reforzamiento de sus responsabilidades, desde una nueva perspectiva.

Aparece como misión genuina del Estado, no trasferible, el conseguir que en el Sistema Nacional de Salud - sin perjuicio de la autonomía de gestión de las respectivas Comunidades - se garanticen unos elementos básicos comunes, entre los que merecen destacarse la financiación, la planificación integrada, la información recíproca y la solidaridad, garantía última del derecho de todos los ciudadanos a acceder a los servicios de salud en condiciones de igualdad.

El valor de la equidad como objetivo irrenunciable de los servicios públicos esenciales asumidos por el Estado, no puede limitarse, por lo que al derecho a la salud de todos los ciudadanos se refiere, a garantizar las capacidades básicas del individuo, desentendiéndose de una concepción integral y progresiva del derecho de todos a la salud, centrándose, exclusivamente, en una “conservación de la vida” y de sus potencialidades básicas.

Las dificultades financieras evidentes y anunciadas por todos no pueden justificar, además de los inevitables recortes en el gasto, un cambio sustancial en el contenido y el alcance del derecho a la salud, como un derecho “de todos” garantizado por la Constitución.

Richard Saltman, analizando los efectos de la globalización de la economía que exige liberalizar ingentes cantidades de recursos económicos para fortalecer la inversión privada con objeto de desarrollar nuevas industrias, reducir costos laborales y mantener niveles tecnológicos de alto valor añadido, advierte del peligro de reducir drásticamente, en el futuro, la financiación pública de los servicios sanitarios.

La globalización, como nueva expresión del capitalismo que integra en una economía mundial una cada vez mayor presencia de flujos financieros y comerciales privados, no puede llevarse a cabo de espaldas a los principios de equidad y solidaridad que deben inspirar la política de las sociedades democráticas.

La asistencia sanitaria de los ciudadanos y los compromisos económicos que la misma implica no pueden ser concebidos como una mercancía más. El desplazamiento, como solución, de la financiación de la sanidad desde el sector público a sector privado, puede provocar en los grupos sociales más vulnerables un grave quebranto de la calidad en la asistencia sanitaria, con lesión manifiesta de los principios de equidad y solidaridad.

I.- ACCIÓN ADMINISTRATIVA EN SANIDAD.

El derecho a la protección de la salud de los ciudadanos constituye uno de los principios rectores de la política social y económica, según reconoce el artículo 43.1 de la Constitución.

Los poderes públicos deben, por tanto, asumir un compromiso positivo con la salud de todos los ciudadanos mediante la adopción de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

Con ello se supera la concepción que la Administración decimonónica tenía de la función pública sanitaria, encaminada, según Morell Ocaña, al desa-

rollo de actividades esencialmente preventivas y utilizando para ello medidas típicamente policiales, como puede apreciarse en el Reglamento de 23 de julio de 1812 y en la propia Ley de 1855.¹

La doctrina tradicional, García Goyena y Aguirre, Santamaría de Paredes, Adolfo Posada, Colmeiro y Alcubilla ponen de relieve este carácter preventivo de la acción administrativa sanitaria que pretende, en primer término, preservar el cuerpo social de conductas o hechos individuales que puedan ocasionar un peligro público.

Para Morell Ocaña, durante muchos años la acción administrativa dirigida a la curación o al restablecimiento de la salud individual se ha encardinado en el ámbito de la beneficencia como actividad social y no en el de la sanidad que, paradójicamente, ha prestado mayor atención a los aspectos relacionados con el orden público, aplicando medidas sancionadoras para defender la salud pública.²

Por su parte Martín Mateo, recogiendo la clásica definición de Winslow, califica a la función pública como la ciencia y el arte de impedir la enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud mediante el esfuerzo organizado de la comunidad.³

Beato Espejo, siguiendo a Muñoz Machado, califica al sistema de salud español inmediatamente anterior a la Constitución, como un sistema de rotunda e indiscutida centralización, toda vez que las decisiones configuradoras y rectoras del sistema de salud correspondían exclusivamente al Estado. Este mecanismo centralizador se realiza, dice el autor, en beneficio de determinadas profesiones administrativas, y de determinados colectivos profesionales que van a ser quienes lleven las riendas del sistema de salud a través de la Dirección General de Sanidad.⁴

Hoy día, sin embargo, la dignidad humana, reconocida por el artículo 10 de la Constitución, como fundamento del orden político y de la paz social, legitima a los ciudadanos, nacionales y extranjeros, para exigir del Estado moderno un mínimo de prestaciones sanitarias que garanticen el pleno desarrollo físico y moral de las personas con participación de todas las Administraciones Públicas.⁵

¹ Luis Morell Ocaña. La evolución y configuración actual de la actividad administrativa. Revista de Administración Pública, N°63., pag 138.

² Morell Ocaña, obra citada, pag. 143

³ Ramón Martín Mateo. Ordenación pública del sector salud. Revista de Administración Pública, N. 84, pag. 372.

⁴ Manuel Beato Espejo. El sistema sanitario español: su configuración en la Ley General de Sanidad. Revista de Administración Pública Números 119 y 120, año 1989, pag. 388.

⁵ La protección de la salud de los ciudadanos constituye una de las competencias básicas del Estado moderno, superando su tradicional encaje en el ámbito de las Administraciones locales y logrando su "autonomía" respecto del concepto clásico del Orden Público.

El derecho de las personas a la salud, al bienestar y a la asistencia médica viene reconocido en las convenciones internacionales de manera constante: artículo 25.1 de la Declaración de Derechos Humanos de la ONU, artículo 11 de la Carta Social Europea y artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966.

Para Bermejo Vera, el contenido del derecho a la salud del artículo 43 de la Constitución, cuyo reflejo es la consideración de la actividad sanitaria como servicio público, se proyecta en tres direcciones:

Como el derecho de toda persona, española o extranjera, a las prestaciones sanitarias del Estado, es decir, a la atención médica organizada y dispensada por los poderes públicos.

Como posición subjetiva, individual, en relación con la actividad desarrollada por los poderes públicos para proteger la salubridad pública.

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

Se trata, en consecuencia, de un derecho absoluto, protegible, tanto individual como colectivamente, oponible frente a todos y susceptible de reparación económica.⁶

Siguiendo a Pemán Gavin podemos decir que el artículo 43 emplea el concepto “salud pública” en un sentido amplio, tal y como se recoge en la terminología anglosajona. Superadas las concepciones clásicas de la salud pública, elaboradas en el ámbito de la policía administrativa, hoy día se puede hablar de un término que comprende tanto las acciones de protección de la salud colectiva, como las que tienen como punto de mira la salud individual de cada sujeto.⁷

La Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986, publicada con el carácter de norma básica, en el sentido previsto en el artículo 149.1.16 de la Constitución, tiene como objeto inmediato hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en su artículo 43.⁸

⁶ José Bermejo Vera, Derecho administrativo, Parte Especial (obra colectiva), Civitas, Madrid 1994, pag. 157.

⁷ Derecho a la salud y administraciones Sanitaria, Juan Pemán Gavin. Bolonia 1989, pag. 69.

⁸ Manuel Beato Espejo, obra citada, pag. 401. Recuerda como la inclusión de este derecho dentro de los principios rectores de la política social y económica, Capítulo III del Título I de la Constitución que reza bajo el epígrafe “de los derechos y deberes fundamentales”, lo sitúa de origen en la lista de las enunciaciones de obligaciones que asume el Estado español en cuanto Estado Social y que obliga primeramente a él e indirectamente al ciudadano, que sólo verá afectada su esfera jurídica a través del cumplimiento por aquél de tales obligaciones.

Aparecen, por tanto, según el sistema normativo descrito como 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.

2.- El sistema de salud

Los medios y las actuaciones de todo el sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, artículo 3 de la LGS. La salud se concibe así como un derecho **dinámico** susceptible de alcanzar diversos niveles de desarrollo y, a la vez, como un derecho **igualitario** de forma que todos los ciudadanos tengan acceso al mismo, debiendo realizarse todas las prestaciones sanitarias en condiciones de igualdad efectiva.

Los poderes públicos asumen así un **compromiso positivo** con el derecho a la salud de los ciudadanos debiendo superar los desequilibrios territoriales y sociales, dentro de una concepción **integral** del sistema sanitario que debe condicionar la política de todos los poderes públicos.⁹

En la organización de los Servicios Públicos de Salud deberá estar presente la participación comunitaria - en especial las organizaciones empresariales y sindicales -, a través de las Corporaciones territoriales correspondientes (artículo 5 de LGS).

La Ley General de Sanidad, en su artículo 6, señala los objetivos de las Actuaciones de las Administraciones Públicas sanitarias, indicando que estarán orientadas:

1. A la promoción de la salud.
2. A promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población.
3. A garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas.
4. A garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de salud.
5. A promover las acciones sanitarias para la rehabilitación funcional y reincorporación social del paciente.

Se considera, también, como actividad fundamental del sistema sanitario la realización de los estudios epidemiológicos necesarios para orientar con mayor

⁹ Se consolida así en nuestro derecho positivo el concepto de la sanidad o asistencia médica integral, bien conocido por la doctrina anglosajona.

eficacia la prevención de los riesgos para la salud, así como la planificación y evaluación sanitaria (artículo 8).

La relación de los ciudadanos, usuarios del sistema de salud, con las Administraciones sanitarias se articula sobre la base del reconocimiento de determinados derechos y obligaciones.

a) Derechos

- 1.- Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de raza, de tipo social, de sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical.
- 2.- A la información sobre los servicios sanitarios a los que puede acceder.
- 3.- A la confidencialidad de toda información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público.
- 4.- A ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud.
- 5.- A que se le dé en términos comprensivos información completa y continuada sobre su proceso.
- 6.- Al previo consentimiento para la realización de cualquier intervención, salvo cuando la no intervención suponga un peligro para la salud pública, cuando no esté capacitado para tomar decisiones, o cuando exista, en caso de demora, peligro de lesiones irreversibles o de fallecimiento.
- 7.- A que se le designe un médico como interlocutor con el equipo asistencial.
- 8.- A obtener un certificado sobre su estado de salud, cuando así se establezca en una disposición legal o reglamentaria.
- 9.- A negarse al tratamiento, salvo los supuestos del apartado 6.
- 10.- A participar en las actividades sanitarias.
- 11.- A que quede constancia por escrito de todo su proceso.
- 12.- A utilizar las vías de reclamación y de propuesta de sugerencias.
- 13.- A elegir médico y demás sanitarios titulados en las condiciones establecidas por las leyes.
- 14.- A obtener los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios para promover, conservar o restablecer su salud.¹⁰

¹⁰ Sobre los derechos del enfermo hospitalizado, véase el trabajo de Juan Pemán Gavín, Hacia un estatuto del enfermo hospitalizado, Revista de Administración Pública N. 103, año, 1984.

b) Obligaciones

- 1.- Cumplir las prescripciones sanitarias comunes a toda la población, así como las específicas determinadas por los servicios sanitarios.
- 2.- A cuidar las instalaciones de las instituciones sanitarias.
- 3.- A responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el sistema sanitario.
- 4.- Firmar el documento de alta voluntaria en los casos de no aceptación de tratamiento.

c) Obligaciones de los Servicios de Salud de las diferentes Administraciones Públicas.

Los Servicios de Salud de las diferentes Administraciones Públicas, en cumplimiento del compromiso positivo con la salud de los ciudadanos, vienen obligadas al desarrollo de las siguientes actuaciones:

- 1.- Adopción de acciones para mejorar la educación sanitaria, como elemento primordial para la mejora de la salud individual y comunitaria.
- 2.- Atención primaria integral de la salud, incluyendo acciones curativas y rehabilitadoras.
- 3.- Asistencia sanitaria especializada, incluyendo la hospitalización y rehabilitación.
- 4.- Prestación de los productos terapéuticos precisos.
- 5.- Programas de actuación sobre la población de mayor riesgo.
- 6.- Promoción y mejora de los sistemas de saneamiento en general (agua, aire, eliminación de residuos, etc.)
- 7.- Programas de orientación en el campo de la planificación familiar.
- 8.- Promoción y mejora de la salud mental.
- 9.- Protección, promoción y mejora de la salud laboral.
- 10.- Control sanitario de los alimentos, incluyendo la mejora de sus cualidades nutritivas.
- 11.- Control sanitario de los productos farmacéuticos.
- 12.- Promoción de la higiene alimentaria en mataderos e industrias.
- 13.- Difusión de la información epidemiológica general y específica.
- 14.- Mejora de la formación del personal al servicio de la organización sanitaria.
- 15.- Fomento de la investigación científica en el campo de los problemas de salud.
- 16.- Control y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en todos sus niveles.

Las Administraciones Públicas, para el cumplimiento de los objetivos sanitarios previstos en las leyes, podrán **adoptar medidas de intervención sobre**

toda actividad pública y privada que pueda repercutir negativamente sobre la salud.

Podrán establecerse registros, limitaciones preventivas de carácter administrativo, autorizaciones e, incluso, cuando la actividad desarrollada tenga una repercusión excepcional y negativa en la salud de los ciudadanos, las Administraciones Públicas podrán decretar la intervención administrativa de productos y bienes, con objeto de eliminar los riesgos para la salud colectiva (artículo 25).

Cuando exista un riesgo inminente y extraordinario para la salud, las autoridades sanitarias - por el tiempo que resulte imprescindible - podrán adoptar las medidas preventivas pertinentes, tales como la incautación, inmovilización de productos, suspensión del ejercicio de actividades, cierres de empresas, intervención de medios materiales y personales, así como otras medidas que sanitariamente se consideren justificadas (artículo 26).

Para el ejercicio de las actividades de intervención, el artículo 28 señala los criterios que se deben seguir por las Administraciones Públicas, todo ello con objeto de limitar en la menor medida posible los derechos de los ciudadanos.

- 1.- Preferencia de la colaboración voluntaria con las autoridades sanitarias.
- 2.- No se podrán ordenar medidas obligatorias que conlleven riesgo para la vida.
- 3.- Las limitaciones sanitarias deberán de ser proporcionadas a los fines que, en cada caso, se persigan.
- 4.- Se deberán utilizar las medidas que menos perjudiquen al principio de libre circulación de las personas y los bienes, la libertad de empresas y cualesquiera otros derechos afectados.

Por lo que se refiere a los centros y establecimientos sanitarios, como se precisará más adelante, su instalación, funcionamiento y calificación estarán sometidas a previa autorización administrativa.

d) Ejercicio de potestad sancionatoria en materia sanitaria.

La Ley incorpora en los artículos 32 y siguientes los criterios establecidos por el Tribunal Constitucional e materia sancionadora, así:

- Prioridad absoluta de la jurisdicción penal, absteniéndose la Administración de seguir el procedimiento sancionador mientras la autoridad judicial no dicte sentencia firme.
- De no haberse estimado la existencia de delito, la Administración continuará el expediente sancionador, tomando como base los hechos que los tribunales hayan considerado probados.

- En ningún caso se impondrá una doble sanción por los mismos hechos y en función de los mismos intereses públicos protegidos.

Las sanciones se tipifican como leves, graves y muy graves, atendiendo fundamentalmente al riesgo para la salud, cuantía del beneficio obtenido, grado de intencionalidad, alteración sanitaria y social producida y posible reincidencia.

De acuerdo con las sentencias del Tribunal Constitucional de 7 de abril de 1987 y 18 de noviembre de 1993, sólo podrán admitirse como infracciones y sanciones en materia sanitaria aquellas que estén previstas en normas de rango formal de Ley, estando vetada para las normas reglamentarias la definición autónoma de infracciones y sanciones.

Se consideran infracciones graves:

- Las que se produzcan como consecuencia de la falta de controles y precauciones exigibles en la actividad y servicio de que se trate.
- El incumplimiento de los requerimientos específicos que formulen las autoridades sanitarias, siempre que se produzcan por primera vez.
- La resistencia a facilitar datos, información o prestar colaboración a las autoridades sanitarias.
- La reincidencia en la comisión de infracciones leves.

Se considerarán infracciones muy graves:

- Las que merezcan esa calificación en la normativa especial aplicable al caso.
- Las que se produzcan de forma consciente y deliberada siempre que produzca un daño grave.
- Las que sean concurrentes con otras infracciones sanitarias graves, o hayan servido para facilitar o encubrir su comisión.
- La negativa absoluta a facilitar información o prestar colaboración a los servicios de control e inspección.
- La resistencia, coacción, amenaza, represalia, desacato o cualquier otra forma de presión ejercida sobre las autoridades sanitarias o sus agentes.

Las sanciones previstas por la Ley de Sanidad pueden ser de carácter económico (hasta 500.000 pesetas las infracciones leves, 2.500.000 las graves y hasta 100.000.000 de pesetas las muy graves, pudiendo rebasar dicha cantidad hasta alcanzar el quintuplo del valor de los productos o servicios objeto de infracción), o bien implicar el cierre temporal del establecimiento, instalación o servicio por un plazo máximo de 5 años.

No tendrán el carácter de sanción la clausura o cierre de establecimientos, instalaciones o servicios que no cuenten con las previas autorizaciones o registros sanitarios preceptivos, o la suspensión de su funcionamiento hasta tanto se subsanen los defectos o se cumplan los requisitos exigidos por razones de sanidad, higiene o seguridad.

2.- Competencias de las diferentes administraciones en materia de sanidad pública

a) La Administración del Estado.

Tendrá competencia exclusiva en materia de sanidad exterior y relaciones internacionales, en concreto, en todo aquello referente a la 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.

Las funciones del Ministerio de Sanidad y Consumo en materia de sanidad exterior vienen reguladas por el Real Decreto 1418/1986, de 13 de junio.

España colaborará, igualmente, con otros países y organismos internacionales, en el control epidemiológico ; en la lucha contra enfermedades transmisibles ; en la conservación del medio ambiente saludable ; en la investigación biomédica, etc. El Estado español prestará especial atención a la cooperación con las naciones con las que tiene mayores lazos por razones históricas, culturales y geográficas.

En concreto, ha de tenerse en cuenta la Decisión del Consejo de la Comunidad Económica Europea 88/577, de 4 de noviembre, relativa a una acción comunitaria en el campo de la tecnología de la información y de las telecomunicaciones aplicadas a la asistencia sanitaria-informática avanzada en medicina.

Según el artículo 40 de la Ley de Sanidad el 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 en materia de control sanitario del medio ambiente.
- 2.- La determinación de los requisitos sanitarios de las reglamentaciones referidas a 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.
- 4.- Autorización de aditivos, desnaturalizadores, así como 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.

- 6.- La reglamentación y autorización de las actividades de las personas físicas y jurídicas dedicadas a la elaboración y fabricación de medicamentos.
- 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.- El control sobre la acreditación y registro de centros y servicios.
- 9.- El Catalogo y Registro General de centros y establecimientos sanitarios, incluidas las autorizaciones concedidas por 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.- Homologación general de los puestos de trabajo de los servicios sanitarios.
- 12.- Los servicios 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 o abuso, corrupción o desviación de las prestaciones o servicios sanitarios con cargo al sector público.
- 15.- La elaboración de informes generales sobre la salud pública y la asistencia sanitaria.
- 16.- El establecimiento de sistemas que garanticen la información y comunicación recíprocas entre la Administración Sanitaria del Estado y de las Comunidades Autónomas.

b) Las Comunidades Autónomas.

Con carácter general, el artículo 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. El precepto concluye con una atribución general a las Comunidades Autónomas de todas aquellas decisiones y actuaciones que no se hayan reservado expresamente al Estado.

Para autores como Parada Vázquez, Mansilla y Pastrana Fernández la relativa ambigüedad del artículo 41 de la LGS plantea problemas de interpretación y alcance a la vista de lo dispuesto en las reglas 20ª y 21ª del artículo 148.1 de la Constitución.¹¹

¹¹ Ver al respecto, las importantes obras de José María Fernández Pastrana, *El Servicio Público de la Sanidad: El marco constitucional*. Civitas, Madrid, 1984, y de Pablo Mansilla Izquierdo, *Reforma Sanitaria: Fundamentos para un análisis*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1986.

En cierto modo el amplio abanico de competencias reservadas al Estado, comenta Beato Espejo, en dirección, control, coordinación, planificación y gestión deja un estrecho margen al desarrollo legislativo y ejecución de las Comunidades Autónomas.¹²

Como fruto de esta relativa ambigüedad ya denunciada del artículo 41 de la Ley, han sido numerosas las ocasiones en las que el Tribunal Constitucional se ha tenido que pronunciar en materia de sanidad, lo que viene a reflejar -como recuerda Pemán Gavin- un alto grado de discrepancia entre los planteamientos del poder central y de las Comunidades Autónomas. En concreto, durante el período comprendido entre 1982-1985, el Tribunal Constitucional ha dictado once sentencias referidas en la mayoría de los casos a conflictos de competencia.¹³

Al margen de un análisis más pormenorizado de la jurisprudencia del Tribunal Constitucional, la doctrina coincide en la importancia, sobre todas las demás, de la sentencia de 28 de abril de 1983 que examinaremos a continuación.

En esta resolución, con motivo de un conflicto de competencias sustanciado entre el Gobierno Vasco y el Gobierno del Estado (se trataba de interpretar el alcance del Real Decreto 2825/1981, sobre el registro sanitario de alimentos y el Real Decreto 2824/1981, sobre coordinación y planificación sanitaria), el Tribunal Constitucional efectúa diversas puntualizaciones sobre el alcance de “la coordinación general de la sanidad”, competencia que el artículo 149.1.16ª atribuye al Estado.

Par el Tribunal Constitucional, la coordinación general en materia sanitaria 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, de tal modo que se logre la integración de actos parciales en la globalidad del sistema sanitario.

Respecto del concepto “*Alta inspección*”, que también corresponde al Estado, no debe entenderse como un control genérico e indeterminado que implique dependencia jerárquica de las Comunidades Autónomas respecto de la Administración del Estado, sino un instrumento de verificación o fiscalización que puede llevar, en su caso, a instar la actuación de los controles constitucionales establecidos en relación con las Comunidades Autónomas, sin que pueda entenderse dicha *Alta inspección* como un nuevo y autónomo mecanismo directo de control.

Con carácter general, como afirma Pemán Gavin, puede sostenerse que a las Comunidades Autónomas les corresponde el desarrollo legislativo y la ejecu-

¹² Obra citada, pag. 414.

¹³ Juan Pemán Gavin, obra citada, pag. 171.

ción en materia de sanidad. Se admite, pues, que los entes autonómicos puedan establecer requisitos técnicos y condiciones mínimas de centros o establecimientos sanitarios, siempre que sean adicionales a los mínimos fijados por el Estado, que tienen carácter básico y por tanto general. En igual sentido y en materia sancionadora, las Comunidades Autónomas no podrán introducir nuevos tipos o prever sanciones que difieran, sin fundamento razonable, de los ya recogidos en la normativa aplicable a todo el Estado.¹⁴

c) Las Corporaciones locales.

Las Comunidades Autónomas al disponer sobre la organización de sus respectivos servicios de salud, deberán tener en cuenta las responsabilidades y competencias de las provincias, municipios y demás Administraciones Territoriales intracomunitarias, de acuerdo con lo dispuesto en los respectivos Estatutos de Autonomía y en la Ley de Régimen Local.

Como es sabido, la Ley de Bases de Régimen Local de 2 de abril de 1985 establece en sus artículos 25,26 y 36, entre otras competencias, la atención a la salubridad pública y la participación en la gestión de la atención primaria de la salud. Las Diputaciones, por su parte, tienen reconocida como competencia propia, según el artículo 36, la prestación de los servicios públicos -entre los que se encuentra la asistencia sanitaria- de carácter supramunicipal y, en su caso, supracomarcal.

La Ley General de Sanidad, en el artículo 42.3, establece las responsabilidades mínimas que incumben a los Ayuntamientos en relación con las normas y planes sanitarios:

- 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, centros de higiene personal, hoteles y centros residenciales, escuelas áreas de actividad físico deportivas, etc.
- d) Control de la distribución y suministro de alimentos, bebidas y demás productos relacionados con el uso y consumo humanos, así como los medios de transporte.
- e) Control sanitario de los cementerios y policía sanitaria mortuoria.

¹⁴ Juan Pemán Gavin, obra citada, pag. 182.

Los Ayuntamientos para el desarrollo de las funciones que acabamos de enumerar deberán pedir el apoyo del personal y medios de las Áreas de Salud en cuya demarcación estén comprendidos.

3.- Estructura del sistema público.

El Sistema Nacional de Salud integra todos los servicios sanitarios de las diferentes Administraciones Públicas. Trata, en suma, de dar oportuna respuesta al efectivo cumplimiento del derecho a la protección de la salud que el art. 43 de la Constitución reconoce a todos los ciudadanos.

Como características fundamentales del Sistema Nacional de Salud, el artículo 46 de la LGS señala las siguientes:

- * Extensión de sus servicios a todos los ciudadanos.
- * Garantizar una atención integral a la salud, comprensiva tanto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como de la curación y rehabilitación.
- * La coordinación y, en su caso, integración de todos los recursos sanitarios públicos en un único dispositivo.
- * La financiación de las obligaciones derivadas de la atención integral a la salud de los ciudadanos se realizará mediante los recursos de las Administraciones Públicas, cotizaciones y tasas por la prestación de determinados servicios.
- * Procurar la elevación de los niveles de calidad en la atención integral a la salud.

Con el objeto de coordinar los diferentes Servicios de las respectivas Comunidades Autónomas se creó el **Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud**, integrado por un representante de cada Comunidad Autónoma y por igual número de miembros de la Administración del Estado, bajo la Presidencia del Ministro de Sanidad y Consumo.

El artículo 71 de la LGS prevé que el Consejo Interterritorial facilitará la creación de planes conjuntos de salud entre el Estado y las Comunidades Autónomas, correspondiendo al Gobierno la aprobación del **Plan Integrado de Salud**.

En cada Comunidad Autónoma funcionará un **Servicio de Salud**, de acuerdo con los principios básicos de la LGS.

Integrarán el correspondiente Servicio de Salud todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias.

La ordenación territorial de los servicios de salud se efectuará en base a demarcaciones geográficas que permitan la aplicación de un concepto integrado de atención a la salud (artículo 50.2 de LGS).

Con objeto de facilitar la participación democrática de todos los interesados, así como de los representantes sindicales y de las organizaciones empresariales, se creará el **Consejo de Salud** de la Comunidad Autónoma.

Asimismo, en cada Comunidad Autónoma existirá un **Plan de Salud**, el cual se ajustará a los criterios generales de coordinación aprobados por el Gobierno.

Las Comunidades Autónomas delimitarán y constituirán en su territorio demarcaciones denominadas **Áreas de Salud**, estructuras fundamentales y básicas del sistema sanitario, encargadas de desarrollar, dentro de su ámbito territorial, las prestaciones y programas sanitarios.

Las **Áreas de Salud** se delimitarán en base a factores geográficos socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, etc. Como regla general, cada Área de Salud extenderá su acción a una población no inferior a 200.000 habitantes, ni superior a 250.000, salvo las peculiaridades insulares (artículo 56 de LGS).

Las Áreas de Salud contarán como mínimo, con los siguientes órganos:

- * El Consejo de Salud de Área, colegiado de participación en el que estarán representados los ciudadanos, las organizaciones sindicales y la propia Administración Sanitaria.
- * El Consejo de Dirección de Área, integrado por representantes de la Comunidad Autónoma y de las Entidades locales, con funciones de aprobación de proyectos de coordinación, establecimiento de prioridades y propuesta de nombramiento y cese de gerente del Área de salud.
- * El Gerente de Área, órgano de gestión de la misma encargado de la ejecución de las directrices establecidas por el Consejo de Dirección.

Para conseguir la máxima operatividad y eficacia en el funcionamiento de los servicios a nivel primario, las Áreas de Salud, teniendo en cuenta las distancias entre las poblaciones, el grado de concentración, las características epidemiológicas de la zona así como las instalaciones y recursos sanitarios, se dividirán en **zonas básicas de salud**.

La zona básica de salud es el marco territorial de la atención primaria de salud donde desarrollan su actividad los **Centros de Salud**, centros integrales de atención primaria.

Los Centros de salud desarrollarán de forma integrada y mediante el trabajo en equipo todas las actividades encaminadas a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, tanto individual como colectiva, de los habitantes de la zona básica ; a cuyo efecto, serán dotados de los medios personales y materiales que sean precisos para el cumplimiento de sus funciones. En concreto, el artículo 65 de LGS precisa que cada Área de Salud dispondrá, al menos, de un hospital general con los servicios que aconseje la población a asistir, la estructura de ésta y los problemas de salud. El hospital se revela como el establecimiento encargado del internamiento clínico y de la asistencia especializada que requiera su zona de influencia.

4.- Financiación y personal al servicio del sistema sanitario público.

La financiación de la asistencia prestada se llevará a cabo a través, fundamentalmente, de las partidas consignadas en los respectivos presupuestos del Estado, de las Comunidades Autónomas, de las Corporaciones Locales y Seguridad Social y, mas en concreto, a través de:

- * Las cotizaciones sociales.
- * Las transferencias del Estado.
- * Las tasas por la prestación de determinados servicios.
- * Las aportaciones de las comunidades Autónomas y de las Corporaciones Locales.

En el caso de la asistencia sanitaria a las personas carentes de recursos económicos, a quienes la LGS hace extensivo el derecho a la protección de la salud, la financiación se llevará a cabo por el Gobierno mediante transferencias estatales.¹⁵

Por su parte el artículo 82 de LGS establece que la financiación de los servicios transferidos a las Comunidades Autónomas se efectuará a través de los Presupuestos Generales del Estado o de la Seguridad Social, según corresponda.

Respecto del régimen jurídico del personal al servicio de la Seguridad Social (Personal Médico, Personal Titulado y Auxiliar y Personal no Sanitario, así como Personal de las Entidades Gestoras y Personal de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas) se regirán, según establece el artículo 84 de la LGS, por lo establecido en el Estatuto Marco que aprobará el Gobierno en desarrollo de la LGS.

¹⁵ Véase al respecto el Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, de extensión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes, complementado por la Orden de 13 de noviembre de 1989.

El Estatuto Marco contendrá la normativa básica aplicable en materia de clasificación, selección, provisión de puestos de trabajo y situaciones, derechos, deberés, régimen disciplinario, incompatibilidades, régimen retributivo, garantizando la estabilidad en el empleo y su categoría profesional.

Se reconoce, asimismo, la competencia de las Comunidades Autónomas para dictar normas de desarrollo, debiendo ajustarse a dicho Estatuto-Marco. Si bien, las Comunidades Autónomas con lengua oficial propia podrán valorar, en el proceso de selección del personal y en la provisión de puestos de trabajo, el conocimiento de ambas lenguas oficiales, en los términos del artículo 19 de la Ley 30/1984.

El artículo 87 de la LGS establece el principio de movilidad funcional del personal adscrito a una determinada Área de Salud, el cual podrá ser cambiado de puesto por necesidades imperativas de la organización sanitaria, si bien deberán respetarse todas las condiciones laborales y económicas de los trabajadores.

2.- Régimen jurídico de las actividades sanitarias privadas

Dentro del modelo de Administración Sanitaria definido por la Constitución, los artículos 35 y 36 reconocen el derecho al ejercicio libre de las profesiones sanitarias, estando reconocido, por tanto, la libertad de empresa en el sector sanitario.

La LGS legitima a las diferentes Administraciones Públicas para establecer conciertos para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos a ellas. El artículo 90 de la LGS establece unos criterios que deberán respetarse en todo régimen de concierto, en síntesis, son los siguientes:

- * Con carácter previo, deberá procurarse la utilización óptima de los recursos sanitarios propios de las Administraciones Públicas.
- * A la hora de establecer conciertos, las Administraciones Públicas darán prioridad, cuando existan análogas condiciones de eficacia, calidad y costes, a los centros y servicios sanitarios de los que sean titulares entidades que no tengan carácter lucrativo.
- * No podrán establecerse conciertos con terceros cuando ello pudiera contradecir los objetivos sanitarios, sociales y económicos establecidos en los correspondientes planes de salud.
- * Los centros sanitarios susceptibles de ser concertados por las Administraciones Públicas Sanitarias deberán ser previamente homologados, de acuerdo con un protocolo definido previamente.
- * En cada concierto que se establezca deberá garantizarse el respeto al principio de igualdad sanitaria a todos los usuarios.

3.- Intervención administrativa sobre los productos farmacéuticos

Corresponde a los poderes públicos valorar la idoneidad sanitaria de los medicamentos y productos sanitarios, con objeto de autorizar su circulación y controlar su calidad.

Esta materia, además de las normas contenidas en la Ley General de Sanidad, está regulada por un número importante de Directivas comunitarias y por la Ley de 20 de diciembre de 1990, Ley del Medicamento.

Esta última disposición, la Ley 25/90, establece también las normas relativas a los productos farmacéuticos que, de acuerdo con el artículo 149.1.16^a de la Constitución, tendrán el carácter de básicas.

La normativa comunitaria está encaminada a lograr la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros en lo que se refiere fundamentalmente a: especialidades farmacéuticas, protocolos analíticos y tóxico-farmacológicos en materia de especialidades farmacéuticas, homologación de materias que puedan añadirse a los medicamentos para su coloración, comercialización de medicamentos de alta tecnología, en especial los obtenidos por biotecnología, regulación de precios de medicamentos de uso humano, homologación de normas relativas a medicamentos inmunológicos, vacunas y sueros, así como radiofármacos y productos sanitarios implantables activos.¹⁶

Corresponde a la Administración Sanitaria del Estado la adopción de las siguientes medidas de intervención relacionadas con los medicamentos:

- * Autorizar previamente la circulación y uso de medicamentos y productos sanitarios, reputándose clandestina la circulación de medicamentos o productos sanitarios no autorizados, con las oportunas responsabilidades penales y administrativas, artículo 9 de la Ley del Medicamento.
- * Sólo se autorizarán medicamentos seguros y eficaces, con la debida calidad y pureza y elaborados por persona física o jurídica con capacidad suficiente (el artículo 10 de la LM establece las condiciones necesarias para la autorización de una especialidad farmacéutica).¹⁷
- * La autorización de los medicamentos será temporal y, agotada su vigencia, deberá revalidarse cada cinco años, según el artículo 24 de la LM.

¹⁶ Entre las numerosas Directivas comunitarias, pueden citarse: Directiva 65/65 CEE, de 26 de enero de 1965 ; Directiva 75/318 CEE, de 20 de marzo de 1975 ; Directiva 78/25 CEE, de 12 de diciembre de 1977 ; Directiva 87/22 CEE, de 22 de diciembre de 1986 ; Directiva 89/105 CEE, de 21 de diciembre de 1988 ; Directivas 89/342 CEE, 89/343 CEE de 3 de mayo de 1989 y 90/385 CEE, de 20 de junio de 1990.

¹⁷ Ley del Medicamento, de 20 de diciembre de 1990, a partir de ahora citada como LM.

Igualmente, por razones de interés público o de defensa de la salud o la seguridad de las personas, el Ministerio de Sanidad y Consumo podrá suspender o revocar las autorizaciones.

- * De acuerdo con los tratados internacionales, la Administración Sanitaria del Estado deberá otorgar a los medicamentos una denominación oficial adaptada a las denominaciones internacionales de la Organización Mundial de la Salud.
- * La Administración Sanitaria del Estado en unión con las Comunidades Autónomas, deberá establecer un sistema de farmacovigilancia, según el cual, los profesionales sanitarios, los fabricantes y titulares de autorizaciones sanitarias de medicamentos deberán comunicar los efectos inesperados o tóxicos para las personas y la salud pública que pudieran haber sido causados por los medicamentos (artículo 57 LM).¹⁸
- * La Administración del Estado, en concreto el Ministerio de Sanidad y Consumo, aparece con el órgano competente para conceder la licencia previa a la importación, elaboración, fabricación, distribución o exportación de medicamentos y otros productos sanitarios (artículo 70 a 76 de la LM).¹⁹
- * La publicidad de medicamentos y otros productos sanitarios, tanto dirigida a los profesionales como al público en general, requerirá autorización previa de la autoridad sanitaria (véase al respecto la Orden de 10 de diciembre de 1985).

7.- Actividad de docencia e investigación.

Toda la estructura asistencial del sistema sanitario debe estar en disposición de ser utilizada para la docencia pregraduada, postgraduada y continuada de los profesionales, artículo 104 de LGS. En consecuencia se ha de buscar:

- * La colaboración permanente entre el Departamento de Sanidad y los Departamentos que correspondan de Educación y Ciencia.
- * El establecimiento de los conciertos, entre Universidades e Instituciones Sanitarias, para asegurar la enseñanza práctica de la Medicina y la Enfermería.
- * Que las Universidades cuenten, al menos, con un Hospital y tres Centros de Atención Primaria universitarios, para el ejercicio de la docencia e investigación.

¹⁸ El Consejo Interterritorial del Sistema de Salud, en sesión de 13 de julio de 1988, aprobó el programa de farmacovigilancia encomendando esta tarea a las Comunidades Autónomas.

¹⁹ Deben tener en cuenta, en materia de coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas para ciertas actividades farmacéuticas, las Directivas 84/432 y 85/433CEE, de 16 de septiembre de 1985.

Por último, la Administración Sanitaria presta especial atención al fomento de la investigación, entendida como un elemento esencial para el progreso de todo el sistema sanitario. En concreto, la investigación en ciencias de la salud ha de contribuir a la promoción de la salud de la población, valorándose especialmente la realidad socio-sanitaria, los modos y medios de intervención preventiva y curativa.

Con objeto de contribuir a la financiación de los gastos de investigación, el artículo 109 de LGS prevé el establecimiento de un presupuesto anual mínimo equivalente al 1/100 de los presupuestos globales de salud.

4. Régimen de hospitales y farmacias

a. Hospitales

De acuerdo con la nueva configuración del sistema sanitario establecida por la Ley 14/86, de 25 de abril, formará parte de la política sanitaria de todas las Administraciones Públicas la creación de una red integrada de hospitales del sector público.

Con independencia de la vinculación de hospitales del sector privado al Sistema Nacional de Salud, mediante el oportuno convenio (siempre que las necesidades asistenciales lo justifiquen), el hospital del sector público es el establecimiento encargado del internamiento clínico así como de la asistencia especializada y complementaria que requiera su zona de influencia, por lo general, equivalente a un Área de Salud -estructura fundamental del sistema sanitario-.

Además de los artículos 66 y 67 de la LGS, el régimen jurídico de los hospitales, en la que se refiere a la Administración General del Estado se regula hoy día -después de la deslegalización operada por la disposición final 2.3 del Real Decreto-Ley de 16 de noviembre de 1978 y reiterada por la disposición derogatoria segunda de la Ley 14/86-, por el Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprobó El Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud.²⁰

Según determina el artículo 1 del Reglamento, éste se aplicará a las Instituciones Sanitarias Cerradas de la Seguridad Social gestionadas por el Instituto Nacional de la Salud, teniendo como funciones primordiales las de prestación de asistencia especializada, promoción de la salud y prevención de enfer-

²⁰ Como antecedentes, pueden consultarse la Ley de Hospitales 37/1962, de 21 de julio, el Reglamento de Régimen, Gobierno y Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, aprobado por Orden de 7 de julio de 1972, y el Reglamento General, aprobado por Orden de 1 de marzo de 1985.

medades, conforme a los programas de cada Área de Salud, así como las de investigación y docencia.

Los órganos de Dirección de los hospitales están constituidos por:

- * La Gerencia.
- * La División Médica.
- * La División de Enfermería.
- * La División de Gestión y Servicios Generales.

La Gerencia se ocupa de la representación del hospital, la ordenación de los recursos humanos físicos y financieros, así como de la adopción de medidas que hagan efectiva la continuación del trabajo, especialmente en los casos de emergencias y urgencias.

La División Médica, a cuyo frente existirá un Director Médico, se ocupa de la dirección, coordinación y evaluación del funcionamiento de los servicios médicos y otros servicios sanitarios del hospital, quedando adscritos a la División Médica los servicios y unidades que incluyan las siguientes áreas de actividad:

- * Medicina.
- * Cirugía.
- * Ginecología y Obstetricia.
- * Pediatría.
- * Servicios Centrales.
- * Documentación y Archivo Clínico.
- * Hospitalización de día.
- * Hospitalización a domicilio.

La División de Enfermería estará encargada de dirigir, coordinar y evaluar el funcionamiento de las unidades y servicios del personal integrado en los mismos, quedando adscritas a la División de Enfermería del hospital las actividades de enfermería de las siguientes áreas:

- * Salas de hospitalización
- * Quirófanos
- * Unidades especiales
- * Consultas externas
- * Urgencias

División de Gestión y servicios Generales asumirá la dirección y evaluación de las unidades y servicios de la División de Gestión, quedándole adscritas las siguientes áreas de actividad:

- * Gestión económica presupuestaria y financiera.
- * Gestión administrativa en general y de la política del personal.
- * Suministros.
- * Hostelería.
- * Orden interno y seguridad.
- * Obras y mantenimiento.

En todo hospital existirá, además, una **Comisión de Participación Hospitalaria**, órgano encargado de controlar y evaluar la calidad de la asistencia. Según el artículo 20 del Reglamento, en dicha Comisión, junto a los representantes del centro, figurarán diversos vocales en representación de las Administraciones Públicas afectadas, organizaciones sindicales y empresariales y representantes de las asociaciones de Consumidores y Usuarios.

Se prevé, igualmente, la existencia de una **Junta Técnico-Asistencial** encargada de informar y Asesorar a la Comisión de Dirección en todas aquellas materias que incidan directamente en las actividades asistenciales del hospital, en la información de los planes anuales de necesidades y en la elaboración de programas para la mejora de la calidad del hospital.

En esta materia, han de tenerse presentes, además, las normas de desarrollo que las respectivas Comunidades Autónomas hayan podido dictar al asumir, en sus respectivos Estatutos de Autonomía, las competencias reflejadas en el artículo 148.1. 20ª y 21ª de la Constitución, relativas a la asistencia social y la sanidad e higiene.

Habilitación de nuevas formas de gestión del sistema Nacional de Salud.

La Ley de 25 de abril de 1997, dictada como complemento del Real Decreto Ley de 17 de junio de 1996, abre la gestión de las instituciones de la Seguridad Social a otras formas organizativas, permitiendo que la gestión de los centros y servicios sanitarios pueda llevarse a cabo directamente o indirectamente a través de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad privada admitidas en derecho. Se habilita, en consecuencia al Gobierno y a las Comunidades Autónomas - en el ámbito de sus respectivas competencias - para determinar reglamentariamente, las normas jurídicas, los órganos de dirección y control, la financiación y las peculiaridades en materia de personal de las entidades que se pudieran crear.

El art. 1 de la Ley precisa que: “En el ámbito del Sistema Nacional de Salud, garantizando y preservando en todo caso su condición de servicio público, la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitario

de protección de la salud... podrá llevar a cabo directamente o indirectamente a través de las constitución de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho”.

También se admite la prestación y gestión de los servicios sanitarios mediante acuerdos, convenios o contratos con personas o entidades públicas o privadas, en los términos previstos en la Ley General de Sanidad.

Con esta reforma, entre otras formas jurídicas, se ampara la gestión a través de entes interpuestos dotados de personalidad jurídica tales como empresas públicas, consorcios o fundaciones u otras entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en nuestro ordenamiento jurídico.

b. Farmacias.

a) Distribución de competencias.

En el régimen jurídico de las farmacias han de examinarse conjuntamente tanto las normas de origen estatal, fundamentadas en la competencia básica enumerada en el artículo 149.1.16ª de la Constitución - en concreto la ley General de Sanidad y la Ley del Medicamento -, como las normas elaboradas por las Comunidades Autónomas que encuentran su legitimización constitucional en el artículo 148.1. 20ª y 21ª, así como en los respectivos estatutos de autonomía.

Efectivamente, el artículo 103 de LGS establece una serie de principios en la materia que deben ser respetados por toda la legislación de desarrollo, tanto estatal como autonómica. En este sentido, se les atribuye a las farmacias, debidamente autorizadas, la custodia conservación y distribución de medicamentos, reconociéndoles la consideración de establecimientos y propietario tener la condición de farmacéutico.

Por su parte, el artículo 88 de la LM precisa que las Administraciones Sanitarias con competencias en ordenación farmacéutica realizarán la ordenación de las oficinas de farmacia, debiendo tener en cuenta los siguientes criterios:

- * La planificación general de las oficinas de farmacia en orden o garantizar la adecuada asistencia farmacéutica.
- * La presencia y actuación profesional del farmacéutico es condición indispensable para dispensar al público medicamentos.
- * El Gobierno podrá con carácter básico, sin perjuicio de las competencias que tengan atribuidas las Comunidades Autónomas, fijar las exigencias mínimas materiales y técnicas que aseguren una correcta asistencia sanitaria.
- * Las oficinas de farmacia vienen obligadas a dispensar los medicamentos que les demanden en las condiciones reglamentarias establecidas.

Con independencia de las normas reguladoras de la farmacia hospitalaria, previstas en los artículos 92 y 93 de la LM, el uso racional de los medicamentos en el sistema nacional de salud garantiza y reconoce a todos los ciudadanos el derecho a obtener medicamentos en condiciones de igualdad, sin perjuicio de las medidas racionalizadoras que puedan adoptar las Comunidades Autónomas en ejercicio de sus competencias.

Si bien la materia referente a la ordenación farmacéutica es competencia exclusiva de las Comunidades Autónomas que en virtud del artículo 148.1.21ª de la Constitución hayan asumido la materia en sus respectivos estatutos de autonomía - respetando siempre la competencia básica y la coordinación de la sanidad que atribuye al Estado el artículo 149.1.16ª de la Constitución -, en materia de productos farmacéuticos la competencia exclusiva corresponde al Estado debiendo las Comunidades Autónomas limitarse a la ejecución de la legislación estatal.²¹

b) Intervención administrativa en la apertura de oficinas de farmacia.

El régimen jurídico de la apertura, traslado y transmisión de establecimientos farmacéuticos, en cuanto a su aplicación y control, ha estado tradicionalmente en manos de los Colegios Profesionales, clásico ejemplo de la denominada Administración Corporativa, sujeta - hasta la Constitución - a la tutela del Estado.²²

Hoy día, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 36 de la Constitución, los respectivos Estatutos de Autonomía han asumido competencias en materia de Colegios Profesionales y ejercicio de profesionales tituladas, haciendo que sean las Comunidades Autónomas quienes ostenten la titularidad para controlar el respeto a las normas y a los intereses públicos que subyacen en el régimen jurídico de la apertura de oficinas de farmacia y que aplican los Colegios de Farmacéuticos, subrogándose en muchas de las facultades de tutela que anteriormente ejercía el Estado.²³

²¹ Puede decirse que en materia de sanidad interior e higiene todos los Estatutos de Autonomía han asumido competencias, así como en lo que respecta a la ejecución de la legislación estatal sobre productos farmacéuticos. Al respecto y a título de ejemplo, pueden consultarse: los artículos 10.15 y 18 del Estatuto de Autonomía para el País Vasco ; artículos 9 y 19 del Estatuto para Cataluña, artículo 28.8 del Estatuto para Galicia y artículos 13.21 y 20 del Estatuto para Andalucía.

²² Como consecuencia de las transferencias efectuadas por el Estado a favor de las Comunidades Autónomas, algunas han dejado sin efecto las delegaciones existentes a favor de los Colegios Profesionales de Farmacéuticos, en materia de apertura de farmacias. Véase, como ejemplo, las normas al respecto dictadas por la Comunidad de Madrid ; sentencias del Tribunal Supremo de 18 de febrero, 16 de marzo y 17 de septiembre de 1992.

²³ Véase al respecto el artículo 15 de la Ley 12/1983, de 14 de octubre, del Proceso Autonómico. Por su parte, el Tribunal Constitucional, en su sentencia 20/1988, de 18 de febrero, precisa: "Como ha declarado este Tribunal en anteriores ocasiones (SSTC 76/1983, de 5 de agosto ; 23/1984, de 20 de febrero, y 123/1987, de 15 de julio), los Colegios Profesionales son corporaciones sectoriales que se constituyen para defender primordialmente los intereses privados de sus miembros,

En este sentido, resulta imprescindible conocer el alcance de la doctrina recogida en la sentencia 83/1984, de 24 de julio, del Tribunal Constitucional, por la que se resuelve la cuestión de inconstitucionalidad planteada a cerca de la Ley 25 de noviembre de 1944, de Bases de la Sanidad Nacional. En ella se hacen afirmaciones de indudable interés para el futuro régimen jurídico de las Oficinas de Farmacia:

- * No puede entenderse como contrario al principio de igualdad ante la Ley subordinar a la posesión de un determinado título académico el ejercicio de la actividad de dispensación al público de las especialidades farmacéuticas, ni afecta a tal principio el hecho de que los titulados que quieran ejercer su profesión, como titulares de una oficina de farmacia, hayan de contar con los medios propios para instalarla.
- * No es contraria a la Constitución la posibilidad de limitar el establecimiento de oficinas de farmacia.
- * El artículo 36 de la Constitución impone una efectiva reserva de ley para la regulación de las profesiones tituladas. Sin embargo, las normas reglamentarias dictadas sobre la materia con anterioridad a la Constitución no pierden su vigencia (tal es el caso de los Decretos de 31 de mayo de 1957, 1 de diciembre de 1960 y 14 de abril de 1978, todos ellos referidos a la apertura de farmacias).²⁴
- * También conservan su vigencia las Ordenes destinadas a desarrollar o complementar estas disposiciones reglamentarias (como es el caso de la Orden de 21 de noviembre de 1979 y el Real Decreto de 31 de julio de 1980).

En resumen, puede afirmarse que después de la Constitución, la renovación de la normativa referente al régimen jurídico de los establecimientos de farmacia requiere, por imperativos de su artículo 36, de una previa norma con rango de Ley, no siendo posible ya una deslegalización de la materia que permita una

pero que también atienden a finalidades de interés público, en razón de los cuales se configuran legalmente como personas jurídico-públicas o Corporaciones de Derecho público cuyo origen, organización y funciones no dependen sólo de la voluntad de los asociados, sino también, y en primer término de las determinaciones obligatorias del propio legislador, el cual, por lo general les atribuye asimismo el ejercicio de funciones propias de las Administraciones territoriales....., lo que sitúa a tales Corporaciones bajo la dependencia o tutela de las citadas Administraciones titulares de las funciones o competencias ejercidas por aquellas.

²⁴ Véase al respecto la sentencia del Tribunal Supremo de 7 de mayo de 1992, la cual, después de declarar la validez de las disposiciones reglamentarias dictadas con anterioridad a la Constitución, exige, para el futuro, el respeto al principio de reserva de ley.

habilitación indeterminada del reglamento, el cual se limitará - a partir de la Constitución - a ser un mero complemento de la regulación legal.²⁵

Como desarrollo de esta doctrina **se aprobó la Ley de 25 de abril de 1997, reguladora de los servicios de las Oficinas de Farmacia**. Esta Ley que viene a derogar el régimen preconstitucional constituido, fundamentalmente por el Real Decreto de 14 de abril de 1978 y su normativa de desarrollo, sienta los siguientes criterios:

- * “Las oficinas de farmacia son establecimientos sanitarios privados de interés público, sujetos a la planificación sanitaria que establezcan las Comunidades Autónomas”, art. 1.
- * Corresponde a las Comunidades Autónomas garantizar la asistencia farmacéutica a la población, estableciendo los criterios específicos de planificación para la autorización de oficinas de farmacia.
- * La planificación de oficinas de farmacia se establecerá teniendo en cuenta la densidad demográfica, características geográficas y dispersión de la población, con vistas a garantizar la accesibilidad y calidad del servicio, y la suficiencia en el suministro de medicamentos, según las necesidades sanitarias de cada territorio. Art. 2.
- * El módulo de población mínimo para la apertura de farmacias será con carácter general de 2.800 habitantes por establecimiento. Las Comunidades Autónomas, en función de la concentración de población, podrán establecer módulos superiores con un límite de 4.000 habitantes por oficina de farmacia.
- * También se reconoce la competencia de las Comunidades Autónomas para establecer módulos inferiores para zonas rurales, turísticas, etc.
- * La distancia mínima entre oficinas de farmacia será, con carácter general de 250 metros.
- * Se reconoce la competencia de las Comunidades Autónomas para la tramitación y resolución de expedientes de apertura de oficinas de farmacia, de acuerdo con los principios de publicidad y transparencia.
- * La transmisión de oficinas de farmacia únicamente podrá realizarse en favor de otros farmacéuticos, fijándose por las Comunidades Autónomas las condiciones, requisitos y plazos.

²⁵ Sobre el régimen anterior al establecido por la Ley de 25 de abril de 1997. puede consultarse la obra de Jesús González Pérez, Nueva Ordenación de las oficinas de farmacia, Madrid, 1978, así como sus trabajos en los números 32,34,44 y 48 de la Revista de Administración Pública.

Respecto del concepto de núcleo de población, a los efectos de la apertura de farmacia, véase el trabajo de Esperanza González Salinas en la Revista de Administración Pública N. 99.

- * Por lo que se refiere a la jornada y horarios, las oficinas de farmacia prestarán sus servicios en régimen de libertad y flexibilidad, sin perjuicio del cumplimiento de los horarios oficiales y normas sobre guardias, vacaciones, urgencias y demás circunstancias. Las normas que en esta materia dicten las Comunidades Autónomas tendrán el carácter de mínimos, permitiéndose, en consecuencia, el funcionamiento de estos establecimientos en horarios por encima de los horarios oficiales.

En desarrollo de la distribución de competencias efectuada por la Constitución, diversas Comunidades Autónomas han procedido o están en vías de realizarlo a aprobar sus respectivas Leyes sobre oficinas de farmacia. A título de ejemplo, pueden citarse: Las leyes sobre oficinas de farmacia de las Comunidades de Castilla La Mancha de 26 de diciembre de 1996 y de Extremadura de 16 de enero de 1997.

5. Perspectivas de futuro ante las nuevas formas de gestión

El Real Decreto-Ley de 17 de junio de 1996, posteriormente convalidado por la Ley de 25 de abril de 1997, da entrada en el sistema público de salud a nuevas formas de gestión indirecta a través de entidades públicas sujetas al derecho privado a través de otros entes públicos, en especial, las fundaciones, cuya posibilidad fue reconocida en el artículo 6 de la Ley de 24 de noviembre de 1994.

Se buscan fórmulas organizativas más flexibles, necesarias para hacer frente a las exigencias de eficiencia y rentabilidad social de los recursos públicos que las Administraciones sanitarias tienen planteadas.

La progresiva separación entre las competencias de financiación y compra de servicios sanitarios y las funciones de gestión y provisión, es asumida por todas las Comunidades Autónomas con competencias transferidas.

Estos objetivos, según la exposición de motivos del Real Decreto-Ley deben ser compatibles, dentro del Sistema Nacional de Salud, con la universalización de la asistencia a través de la financiación pública y en la equidad en el acceso de todos los españoles.

El ámbito normativo del artículo único del Real Decreto-Ley es de una enorme amplitud, en cuanto a las formas organizativas, permite cualquier forma de gestión directa o indirecta, mediante cualesquiera entidades admitidas en derecho creadas por personas o entidades públicas o privadas, mencionando de forma explícita los consorcios, las fundaciones u otros entes dotados de personalidad jurídica.

Este cambio en los modelos de gestión iniciado por la Ley de Ordenación Sanitaria de 1990 de la Generalitat de Cataluña y reproducido en la Ley de la

Comunidad Autónoma de Baleares en 1992, encuentra también ejemplo en el País Vasco, en la Comunidad Gallega con la creación de la Fundación Hospital Verin y la Fundación del Centro de Transfusión de Galicia.

Se trata de que las nuevas formas de gestión, en especial las Fundaciones, se generalicen mediante su aplicación no sólo a los nuevos centros sino también a los 82 hospitales que tiene el Insalud.

Será necesario examinar los Estatutos de estas nuevas fundaciones, para lo cual el Estado y las Comunidades Autónomas dicten las normas marco en las que se concreten temas de personal, de contratación y de control financiero... necesidad de respetar en el tema del personal los principios constitucionales de publicidad y concurrencia de forma que el proceso selectivo sea totalmente transparente, requisitos mínimos de los contratistas que se presenten a los concursos de adquisición de bienes por parte de los hospitales.

Una cuestión delicada viene constituida por el control financiero de las fundaciones... no sometidas a la Ley de Contratos del Estado, búsqueda de un marco más flexible que regule las contrataciones de bienes y servicios en los centros sanitarios, también la contratación del personal quedará fuera de los estatutos de personal, rigiéndose por las normas del Estatuto de los Trabajadores.

Transferencia de los servicios que gestiona el Insalud a las restantes Comunidades Autónomas.

Idoneidad de la fundación pública para gestionar los centros de salud, se trata de un patrimonio destinado a un fin sin ánimo de lucro, en el que se explicita claramente que la actividad que hace esa fundación, no tiene ni persigue ningún tipo de interés más que prestar el mejor servicio dentro de las disponibilidades que tenga.

Cronología, primero articulación normativa que pasa por el desarrollo de la Ley de 25 de abril de 1997.