

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

II. Organización del Sistema de Salud y administración comunitaria (**)

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

IV. LEY GENERAL DE SANIDAD

A) *El Sistema de Salud: su ámbito*

Como es evidente, el funcionamiento de los distintos subsistemas sanitarios ha producido en la práctica situaciones disfuncionales. Los intentos de coordinación habidos no han evitado el solapamiento de funciones de unas redes sobre otras, la carencia de prestaciones, el despilfarro económico que la duplicidad de servicios supone; el deterioro del sistema sanitario, en definitiva. El Sistema Nacional de Salud que la Ley General de Sanidad crea surge como «directriz sobre la que descansa toda la reforma», apoyada en la integración de las distintas redes sanitarias públicas a nivel de Comunidades Autónomas, con un adecuado mecanismo de planificación y coordinación con el Estado, director del Sistema, y las Areas de Salud, pieza básica del Servicio de Salud.

Fiel al mandato constitucional, la Ley 14/1986, de 25 de abril, establece los derechos y deberes de todos al respecto con un objetivo final: proteger y elevar la salud de los ciudadanos a los que se dirige.

A tal fin, las Administraciones públicas competentes organizarán y desarrollarán todas sus acciones sanitarias dentro de una concepción in-

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

(**) Dada la extensión de este trabajo, y por razones de publicación, se ha dividido en dos partes (la primera apareció en el núm. 119), sin pérdida de su contenido esencial.

tegral del sistema, orientándose a prevenir las enfermedades y a asistir a toda la población española en condiciones de igualdad. Binomio clásico prevención-asistencia como base de la organización del servicio de protección de la salud, artículo 3. Así lo destaca el artículo 43.2 CE: tutelar la salud, organizando las medidas preventivas y las prestaciones necesarias.

Da prioridad la Ley a la prevención como paradigma de protección a la salud, y que trasciende de forma evidente las responsabilidades de la persona individualmente considerada. La salud hoy se ve amenazada por multitud de causas del más variado origen: ambientales, sociales, culturales, económicas incluso, y no sólo por las epidémicas propias del XIX. Por tanto, como fenómeno colectivo que trasciende del propio individuo, debe existir una responsabilidad social y, por ende, son los poderes públicos los encargados de su defensa.

Las medidas asistenciales, dice el artículo 3.2, deben extenderse a toda la población española en condiciones de igualdad efectiva. Principios de generalización progresiva y de igualdad efectiva que impregnan el contenido de la Ley como un deseo constante, aunque inalcanzable.

Tal efectividad la hace patente la Ley 14/1986 a través de los siguientes niveles: a) En el régimen de derecho y obligaciones con respecto a las distintas Administraciones públicas sanitarias. Así, dice el artículo 10: *todos* tienen los siguientes derechos, y señala a continuación cuáles, bajo un principio de igualdad, o el artículo 11, que indica: serán obligaciones de los *ciudadanos* cumplir con las prescripciones que determina. b) En la atención sanitaria progresiva que establece la Disposición Transitoria quinta, pensamos que como contrapunto a la gratuidad que generaliza igualmente como derecho. c) En la pretensión de superación de desequilibrios territoriales y sociales, que rompen de inicio todo sentido de igualdad en cuanto que las estructuras o los niveles de asistencia no sean armónicos o equilibrados a lo largo y ancho de un determinado territorio o existan unos grupos sociales con mayores beneficios que otros. d) En la aplicación del Sistema tanto a nivel de asistencia primaria en las Áreas de Salud, adecuadamente repartidas, como de Servicios especializados hospitalarios, en cuanto que cada Área de Salud dispondrá al menos de un Hospital General, artículo 65.1, o de los Servicios de referencia que se acrediten, o, en su caso, a través de la asistencia concertada. e) En el deseo de aplicación de las normas de utilización de los servicios sanitarios, que serán iguales para todos, independientemente de las condiciones en que se acceda. Artículo 16. Regula las condiciones de atención del paciente privado, y lo hace en condiciones de igualdad con el que accede por derecho a los servicios sanitarios.

Tampoco abonará gastos que puedan ocasionarse por la utilización de servicios sanitarios distintos de aquellos que le correspondan, artículo 17. Como, asimismo, procurará que los centros privados concertados atiendan a los enfermos incluidos en el sistema de salud pública bajo el mismo prisma sanitario, administrativo y económico que a los propios.

El último nivel, *f*), de esa igualdad efectiva, se establece en las obligaciones que se imponen los poderes públicos sobre su política de gastos sanitarios en orden a corregir desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso a los Servicios Sanitarios Públicos en todo el territorio español, artículo 12, en coherencia con los artículos 9.2 y 158.1 de la Constitución.

El artículo 6 de la Ley representa el prototipo de ese amplio y difuso marco de acción que da a los poderes públicos: prevención de las enfermedades, asistencia sanitaria en los casos de pérdida de salud y medidas de rehabilitación y reinserción social como fórmulas de asistencia social. Garantizando incluso tales acciones de prevención y asistencia como fin primero de la actuación administrativa, sumándole la tarea de promover también el interés por la salud mediante la adecuada educación sanitaria.

Así, pues, la Ley 14/1986 señala las áreas generales a que su acción se dirige, pero no concreta actuaciones en los distintos objetivos de su acción protectora, ni señala a qué Departamentos afecta o dónde radica la competencia, ni la delimitación entre las distintas Administraciones públicas. De tal modo resultará evidente los niveles de tensión que han de producirse tanto sobre el contenido material de la acción como sobre su gestión (68). El artículo 18, que podría recoger la claridad que se solicita, es vago y difuso, además de incompleto. Destaca acciones en las áreas de salud mental y laboral y solicita especial atención a la sanidad ambiental.

Coherente con esa dimensión social de la salud y con la organización necesaria por parte de los poderes públicos para protegerla, especialmente mediante su prevención, la Ley impone que los Servicios Públicos de Salud se articulen con participación comunitaria, a través de las organizaciones empresariales y sindicales.

Este derecho de participación ciudadana, que la Ley 14/1986 reitera continuamente, debe concebirse no sólo como un medio de tomar parte en los asuntos públicos a la forma y manera de los artículos 9.2 y 23 de la CE, sino también en cuanto supone afirmar la idea de que nadie mejor que la sociedad conoce cuáles son sus necesidades, y a través de ella garantizar, como citaba el artículo 6.3, que la acción sanitaria se orienta a generar salud, a evitar actividades que provoquen enfermedad. Como ha dicho la OMS, la acción sanitaria no puede ser un esfuerzo impuesto desde fuera, no se debe hablar de servicios dirigidos a, sino de servicios para o con la sociedad.

El nivel institucional en que sitúa esa participación son las Corporaciones Locales, mediante su representación en las Areas de Salud. El 50 por 100 de los miembros del Consejo de Salud de Area representan a los ciudadanos a través de las Corporaciones Locales, y un 25 por 100 por las organizaciones sindicales más representativas.

(68) MANRIQUE LÓPEZ, *Comentarios...*, cit., págs. 855 y ss. Respecto a la esencia del Sistema de Salud, expresa la indeterminación de la Ley sobre su naturaleza jurídica, así como sobre su actuación.

La acción participativa se centra tanto en la formulación de la política sanitaria como en el control de su ejecución. Pero, además, debe intentar estimular este tipo de movimiento de base, desarrollado en otras áreas, pero con escasa historia en España, por razones obvias.

Con el mismo fin, resulta necesario la creación de los mecanismos suficientes para que el individuo y la sociedad conozcan los modos de enfermar y pongan los medios para evitarlo o, cuando menos, se adopten socialmente actitudes de responsabilidad frente a la salud. La educación sanitaria, en los términos que se recogen en el artículo 8, trata de poner a disposición del ciudadano una serie de conocimientos para prevenir los riesgos y defender su salud en las mejores condiciones.

Junto a la participación, posiblemente es la información otro de los derechos que más interés tiene la norma en destacar. Informar al usuario de sus derechos y deberes, artículo 9; información sobre los servicios sanitarios a los que puede acceder y requisitos para su uso; información completa y continuada sobre su proceso médico; promover la información, formación y participación de los trabajadores y empresarios en los planes, programas y actuaciones sanitarios en el campo de la salud laboral, etc.

Aunque, lógicamente, estas aperturas no deben ir dirigidas contra nada ni contra nadie, sino en aras a unos criterios de reforma sanitaria, la realidad es que las profesiones sanitarias clásicas y los grupos de presión tecnológica reaccionarán contra cualquier intento de giro en este campo. El esfuerzo mutuo debe estar en la comprensión de que la información, la participación, la educación y cualquier otra técnica en el mismo sentido no altera su presencia en la sanidad, sino que favorece la protección de la salud, haciendo una organización más eficaz, más económica, más próxima y más adaptada al colectivo sobre el que actúa (69).

De acuerdo con la Constitución y a fin de mantener el equilibrio dinámico entre sector público e iniciativa privada, se reconoce tanto el derecho al ejercicio libre de la profesión sanitaria como la libertad de empresa en este sector, artículos 88 y 89. Incluso faculta al Gobierno para reglamentar el intrusismo profesional y la mala práctica, artículo 13. Circunstancia que consideramos excesiva, tal como se expresa, por su contenido penal en ambos casos.

Sobre tal base, las Administraciones públicas sanitarias podrán establecer conciertos, artículo 90, a fin de obtener la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos a ellos. En tal caso debe cumplirse una serie de principios que la misma Ley señala: *a)* que los recursos sanitarios públicos estén en un punto de utilización óptima; *b)* que con ello no se contradigan los objetivos sanitarios, sociales y económicos establecidos en los correspondientes planes de salud; *c)* que el centro sanitario susceptible de ser concertado sea previamente homologado, de

(69) E. GARCÍA DE ENTERRÍA y T. R. FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, *Curso...*, cit., págs. 76 y ss. «Es una manera de arraigar un poder entre los intereses reales a cuya gestión dicho poder está destinado, de llevar al seno de la organización la voz de quienes son los interesados directos en su funcionamiento...»

acuerdo con un protocolo definido por la Administración pública competente; d) que a través de este sistema se asegure que la atención sanitaria y de todo tipo que se preste a los usuarios sea igual para todos, y que no se establezcan servicios complementarios respecto de los que existan en los centros sanitarios públicos dependientes de la Administración concertante.

Para este régimen de concierto tendrán preferencia los establecimientos sanitarios de los que sean titulares entidades con carácter no lucrativo, cuya actividad se propone facilitar, así como propiciar la coordinación con el sistema sanitario público.

Como queda dicho, los hospitales privados vinculados al sector público serán sometidos a los mismos controles sanitarios, administrativos y económicos que los públicos. Tal vinculación significa la aplicación del régimen de centros públicos, responsabilizándose la Administración de forma casi plena de su gestión.

El artículo 90.4 de la Ley señala que las condiciones económicas del concierto se establecerán en base a módulos de costes efectivos, previamente establecidos y revisables por la Administración. Esto plantea la eficacia del sistema de concierto, ya que la iniciativa privada, lógicamente, se monta sobre la idea de beneficio, que no es la que sirve al cumplimiento de un servicio público. ¿Qué debe entenderse por coste efectivo? ¿El real que se produce en la entidad sanitaria privada o su equivalente en el sector público? ¿Sirve ello para fomentar este mercado o será tomado por la empresa como una alternativa a la no utilización de sus medios de producción? ¿Cómo se compagina el coste efectivo con los criterios antes señalados y, especialmente, con la circunstancia de la utilización óptima de los recursos públicos? Son infinitas las interrogantes que en este punto pueden plantearse, pero sobre todo una debe destacarse: ¿el régimen de concierto será el modelo generalizado a seguir por la Administración pública para la gestión del servicio o, por el contrario, se producirá de forma circunstancial?, y, en relación con ella, la eterna cuestión de la libre elección de médicos, que la Ley reconoce, artículo 10.13. Derecho no incluido entre los contemplados en el artículo 10.15, que extiende ciertos derechos del sector público en el supuesto de uso de servicios sanitarios privados, pero sí en el artículo 66.3, ya que si el servicio sanitario se presta en un centro privado concertado no sólo se utilizan las instalaciones del mismo, sino también el personal que en él trabaja.

El criterio inspirador en esta relación es, pues, de complementariedad del sector privado dentro de la generalización del servicio público, mediante la venta de sus servicios. Y ha de hacerse en condiciones de calidad o, cuando menos, de igualdad con las que aquél preste.

La aplicación efectiva de estos criterios llevaría a una disponibilidad de los recursos existentes sin incrementar el sector público, que duplicaría costos y servicios, aunque con absoluto respeto a los principios de libre ejercicio de la profesión y de empresa (70).

(70) J. M. FERNÁNDEZ PASTRANA, *El servicio público...*, cit., págs. 26 y ss., que se

B) Organización y planificación

La Constitución de 1978 atribuye a los poderes públicos competencias para organizar la salud pública, pero no le determina, sin embargo, los criterios que ha de seguir para llevar a efecto tal organización. El legislador ordinario en la Ley de 25 de abril de 1986 adopta un modelo que motiva suficientemente en el apartado III de su Exposición de Motivos y que se fundamenta en la idea que ya MUÑOZ MACHADO adelantara en la Memoria del Borrador de Anteproyecto de la misma Ley, conforme a la cual «lo organizativo pasa a convertirse en un elemento esencial de lo básico». Esto significa que la protección de la salud como derecho de todos los ciudadanos se encorseta en un molde que imprime más carácter al derecho que su propio contenido. Se ha querido garantizar la estructura del Sistema meditando pausadamente y con detalle su organización, los medios de articulación entre las dos Administraciones Públicas que tienen juego en el esquema: el Estado, titular de la dirección, de la coordinación, del control e inspección, de lo básico, y las Comunidades Autónomas, gestoras de unos servicios que obligadamente llegan a los ciudadanos que en cuanto representantes de las Corporaciones Locales o de las Organizaciones Sindicales participan en el control de su ejecución.

Frente a la ambigüedad y generalidad de principios, directrices y criterios que conforman el contenido básico de la actividad sanitaria, contrasta el detalle de organización trazada en la Ley y que condiciona como básico salvo en lo estrictamente de autogobierno regional.

La razón de este esfuerzo, nada justificado en estos momentos, puede que esté en el intento serio de garantizar una efectiva integración de todas las funciones y servicios con responsabilidad sanitaria en un sistema único, el Sistema Nacional de Salud. Unica forma, se piensa, de generalizar el derecho a la salud, equiparando a todos los ciudadanos frente a ella. Baste señalar el artículo 46 de la Ley, que de manera expresiva dice: el Sistema Nacional de Salud es la organización adecuada para prestar una atención integral a la salud que abarca en su

muestra favorable al estímulo de la iniciativa privada en el sector sanitario, adelantaba que la futura Ley de reforma sanitaria ha de actuar no sólo declarando el principio de libertad de creación de centros y establecimientos por los particulares y demás entidades privadas, sino estableciendo ciertas cautelas a lo que afecta a la iniciativa pública, si no se quiere reducir la iniciativa particular a una presencia simbólica o a servicios esotéricos para los estratos más privilegiados de la población. Juan ROVIRA, «Alternativas de provisión pública y privada en un sistema de financiación pública», en *II Congreso...*, cit., págs. 167 y ss. Tras señalar que la Ley General de Sanidad, en el debate sobre el papel del sector público y del mercado en la sanidad, deja abierto un amplio margen de discrecionalidad en la combinación de elementos públicos y privados que han de configurar el futuro sector sanitario español, concluye que «para la mayor parte de la sociedad —especialmente para aquellos individuos cuyo interés en el sistema sanitario se basa principalmente en su condición de usuario— la provisión pública o privada no constituye un fin en sí misma, y la eventual superioridad de una sobre la otra es juzgada en función de su capacidad para contribuir a la salud y al bienestar de la población».

seno los subsistemas clásicos: la prevención, la curación y la asistencia social.

Para prestar una atención integral de la salud a toda la población, característica también del Sistema Nacional de Salud, concentra todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único que va a atender con fondos propios de las Administraciones Públicas, con cotizaciones de ciertos beneficiarios y con tasas por prestaciones de determinados servicios (71).

Lo que la Ley oculta son las dificultades que su aplicación presenta, aun teniendo en cuenta el período transitorio, especialmente desde la misma organización, y que ya han sido apuntadas.

Como puntos claves en la estructura del Sistema se destacan: a nivel estatal la creación del Consejo Interterritorial representado por la Administración del Estado y de las Comunidades Autónomas, como órgano permanente de comunicación, información, coordinación y planificación.

Para MORELL OCAÑA, este órgano representa el intento serio del legislador por crear un órgano colegiado que permita la integración de todas las entidades que asumen representatividad en el Sistema, en una situación de estricta igualdad entre sí, consecuencia lógica de su propia autonomía. Coordinación en situaciones de igualdad, frente a la coordinación en posición de supremacía que representa el Plan Integrado de Salud, que sin guardar una estricta relación jerárquica se imponen reglas de conducta entre quienes han de ser coordinados por parte del titular de la supremacía, en este caso el Estado, a través de la planificación (72).

Vinculado a ese órgano, se crea un Comité Consultivo, integrado por representantes de las organizaciones empresariales y sindicales más representativas. No dice la Ley cuáles son sus funciones, pero más bien es la manifestación de que la representación ciudadana no esté presente en el Consejo. Lo cual evidencia que la Sanidad se cierra sobre sí misma, se sectorializa en demasía, no abriéndose a otros niveles de conocimiento y manteniéndose en manos de los especialistas sanitarios, a nivel técnico o a nivel de alta administración, pero centrado en sí mismo (73).

(71) La Exposición de Motivos lo señala claramente: «Se produce... una ocasión histórica inmejorable para superar las anteriores deficiencias organizativas, integrando todos los servicios en una organización única. La Ley toma buena nota de esa oportunidad e impone los criterios organizativos básicos de que se ha hecho mención, evitando que las Comunidades Autónomas reproduzcan un modelo que ya se ha probado inconveniente, o que aún introduzcan una mayor complejidad por la vía de la especialidad, en el sistema recibido.»

(72) L. MORELL OCAÑA, *El Régimen Local español*, cit., págs. 110 y ss., en que analiza, en general, el vínculo de integración, global y permanente, de las Entidades locales con las Administraciones estatal y autonómica. Señala tres tipos de relaciones interadministrativas: en situación de instrumentalidad, en situación de integración, entre iguales, y situación de supremacía.

(73) Tomás FONT I LLOVET, *Organos consultivos*, núm. 108 de esta REVISTA, páginas 53 y ss. Tipo de los llamados consultivos participados, propio de un Estado Social y Democrático de Derecho, con la particularidad de que el órgano público

A nivel comunitario se constituye un Servicio de Salud, integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias. Gestionado bajo la responsabilidad de cada Comunidad Autónoma.

Asimismo se crea un Consejo de Salud como órgano de participación.

Las Areas de Salud, estructura fundamental del Sistema sanitario, constituidas en demarcaciones territoriales de la propia Comunidad, son responsables de la gestión unitaria de los centros y establecimientos de su ámbito territorial, así como de las prestaciones y programas sanitarios a desarrollar por ellas.

La delimitación de su área está en función de factores muy diversos: geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, de comunicación, así como del número y calidad de las instalaciones sanitarias ubicadas en la misma. En función de esos factores varía su extensión y población, aunque como regla general su acción afectará a una población no inferior a 200.000 habitantes ni superior a 250.000 (74).

Con carácter no básico se fija la organización interna del Area de Salud. Se crean los siguientes órganos: el Consejo de Salud y el Consejo de Dirección del Area y el Gerente de la misma, que han sido mencionados.

Para conseguir una mayor operatividad y eficacia en los servicios a nivel primario, las Areas de Salud se dividen en Zonas Básicas de Salud, delimitadas con indicadores similares a los de su Area, donde desarrolla su actividad sanitaria un Centro de Salud, centro integral de

que integra a tales representantes no tiene funciones resolutorias o de control, como sería esencial a la tarea participativa, sino únicamente consultivas. Por otra parte, en el *II Congreso...*, cit., se destaca la participación como un factor importante en el trabajo de la salud. Pero «... la realidad es que no se han establecido los mecanismos necesarios para facilitar la participación de la comunidad en la planificación y gestión sanitaria». Así, José María BLEDA, en *Bases para la discusión de un modelo teórico de participación comunitaria en los Consejos de Salud*, páginas 397 y ss., señala ciertos obstáculos en ese camino, además del ya indicado: a) no existe un movimiento ciudadano organizado en torno a la defensa de la salud; b) la población no está motivada para asumir sus propios problemas de salud; c) existen dificultades en las relaciones de los profesionales sanitarios y la comunidad; d) no existe una corriente de información clara y continua entre el gobierno y la comunidad; e) la formación y educación, tanto de los profesionales sanitarios como de la población en general, no es la adecuada. Además, « los proveedores, los profesionales y administradores, no sienten gran entusiasmo por la participación comunitaria y muchos de ellos piensan que dicha participación constituye una amenaza para su *status social*». Ello, según José Ramón RUEDA MARTÍNEZ DE SANTOS, en «Los Consejos de Salud en Gran Bretaña: análisis de una experiencia», en el citado *Congreso*, págs. 403 y ss.

(74) Ante la responsabilidad de las Comunidades Autónomas, otorgada por la Ley, sobre las Areas de Salud, la Exposición de Motivos parece justificarse indicando: «... el leve efecto centralizador que pudiera resultar de esta medida se compensa otorgando a las Corporaciones Locales un efectivo derecho a participar en el control y en la gestión de las Areas de Salud, que se concreta en la incorporación de representantes de las mismas en los principales órganos colegiados del Area».

atención primaria donde actúan de forma integrada y mediante trabajo en equipo todas las actividades encaminadas a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, tanto individual como colectiva.

La dotación de medios personales y materiales es la base de su eficacia. Aun así, es difícil cambiar la orientación urbana o semiurbana actual. La Ley prevé como apoyo técnico para la medicina preventiva la existencia de un Laboratorio de Salud.

A nivel de especialización, las Areas de Salud contarán con un Hospital general encargado del internamiento clínico, así como de la asistencia especializada y complementaria que requiera su zona de influencia.

Y como política general la creación de una red integrada de hospitales del sector público, a la que se podrán vincular los hospitales generales del sector privado.

En los Centros hospitalarios, además de las tareas asistenciales dichas, se desarrollan funciones de promoción, prevención, investigación y docencia de acuerdo con los programas de cada Area. Con lo cual la esencia misma del Sistema Sanitario se está llevando a efecto en un Centro estrictamente departamentado, estamental y sectorizado que dificulta igualmente la apertura hacia otros niveles sociales interesados.

El contenido del artículo 69 de la Ley, último de los preceptos no básicos, parece querer cerrar el sistema orgánico, aunque entendemos que está inspirado de criterios sustanciales de autonomía en la gestión, de control democrático y participación, de política de evaluación de la asistencia prestada, etc., que más bien debería integrarse de ser necesario en el Título I de la Ley.

Elemento imprescindible de la Organización es la Planificación que permite la identificación de las necesidades, cada vez mayores, y de los medios escasos con que se cuenta, para atender las decisiones programadas a medio y largo plazo.

Por tanto, la elaboración de los correspondientes planes dentro del Sistema Nacional de Salud, está igualmente encadenado, formando parte sustancial de los criterios de coordinación general.

La pieza clave es el Plan Integrado de Salud, aprobado por el Gobierno, que recoge en un documento único los planes estatales, los planes de la Comunidad Autónoma y los planes conjuntos que se hayan establecido, y dentro de los criterios de coordinación general elaborados asimismo por el Gobierno.

La aprobación de este plan, previo conocimiento del Consejo Interterritorial, implica la obligación correlativa de incluir en los presupuestos de los años sucesivos, según el plazo de vigencia que en el mismo se determine, las previsiones necesarias para su financiación, sin perjuicio de las adaptaciones que requiera la coyuntura presupuestaria (75).

(75) S. MUÑOZ MACHADO, «Nota para un análisis de la programación de la planificación sanitaria en el sistema de autonomías territoriales», en el volumen *La refor-*

C) *Financiación del Sistema de Salud*

La política de los grandes principios que impregna la Ley ha de verse correspondida necesariamente con la voluntad de financiar la gestión que la puesta en marcha del servicio precisa. Así, el artículo 81 declara que la generalización del derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria se efectuará mediante la asignación de recursos financieros suficientes para atender a la población de cada Comunidad Autónoma, así como para hacer frente a las inversiones sanitarias que permitan corregir las desigualdades territoriales existentes en el sector.

El reto es sustancioso pero adolece de ambigüedades e imprecisiones. El establecimiento de un servicio público universal y gratuito de protección a la salud, requiere arbitrar los correspondientes y adecuados medios financieros, especialmente cuando su actuación no es en el vacío, sino sobre la previa existencia de un sistema de asistencia sanitaria pública, representada por los múltiples regímenes de la Seguridad Social, de Acción Social y de Beneficencia, que cubre cerca del 90 por 100 de la población y financia aproximadamente el 85 por 100 del gasto público sanitario.

No se especifica de dónde han de proceder esos recursos y quién los asigna. Parece optar por un modelo plural apoyado en una financiación estatal a través de los ingresos nacionales, con una aportación financiera local y sobre bases de cotizaciones sociales a sistemas de previsión social (76). No concreta quién recauda, con el consiguiente peso político que ello representa, ni quién distribuye, si el Consejo de Ministros, el Ministerio de Sanidad o fruto de una decisión conjunta.

No aclara la incardinación y financiación de los centros y servicios del Sistema de la Seguridad Social que, por una parte, queda inalterado por ser su régimen económico competencia exclusiva del Estado, ha de entenderse en el campo de las prestaciones sociales, aunque el papel preponderante en su carácter descentralizador se otorga a las Comunidades Autónomas (77).

ma sanitaria en España..., cit., págs. 83-90; Luis CAÑADA ROYO, *Nociones de Planificación Sanitaria*, «DA», núm. 157, 1974, págs. 75-88.

(76) Pilar COLL CUOTA, «El soporte financiero de la atención sanitaria en el marco de la Ley General de Sanidad en España», en el volumen *La reforma sanitaria en España a debate...*, cit., págs. 103-110. Señala que la ventaja de la fuente de financiación estatal a través de los ingresos nacionales permitiría hacer frente a las necesidades sanitarias de la sociedad en situaciones normales, por su flexibilidad, pero presenta un serio inconveniente al tener que competir anualmente con otras acciones normales del Gobierno, como educación, obras públicas, defensa, etc. Tampoco garantiza la solidaridad territorial del reparto entre los distintos territorios del país. La financiación local exige un sistema sanitario descentralizado, y una hacienda igualmente descentralizada permitiría una aproximación al problema con menor costo por ser menor el número de competencias, pero acrecentaría los desequilibrios regionales. El sistema de cotizaciones sociales en base a previsión social, además de su carácter regresivo, presenta una dura lucha con el sistema de pensiones y demás prestaciones sociales.

(77) Ramón ESPASA OLIVER, «Algunas reflexiones constitucionales, financieras, au-

La financiación del sector sanitario ha de ir coordinada y en gran medida condicionada por el modelo español de financiación previsto en la Constitución y normas que lo desarrollen, Título VIII, artículo 142, para las Haciendas Locales, y artículo 156 para las Comunidades Autónomas. En este sentido, la Ley 14/86 dirige su demanda a los Presupuestos Generales del Estado, también vagamente, como apoyo financiero en el volumen de servicios transferidos y en el nivel mínimo de prestaciones que ha de alcanzar, artículo 158.1 CE. Acude asimismo a la línea de financiación que establece el artículo 18 de la LOFCA, en este caso para promover y realizar conjuntamente proyectos concretos de inversión, y por ende al Fondo de Compensación Interterritorial, artículo 158.2, que la Ley no declara expresamente, sí de forma indirecta, por más que esté suficientemente justificado.

La orden que el artículo 78 contiene adolece de la misma imprecisión, al establecer que los Presupuestos del Estado, Comunidades Autónomas, Corporaciones Locales y Seguridad Social consignarán las partidas precisas para atender las necesidades sanitarias de todos los Organismos e Instituciones dependientes de las Administraciones Públicas y con el fin de «desarrollo de sus competencias». ¿A cuáles se refiere, a las que ahora tienen asignadas, a las de aplicación progresiva o las que la concepción integral del sistema establece? Solamente declara, y hasta tanto la financiación del Sistema no provenga de los Presupuestos Generales del Estado, que la financiación de la asistencia prestada, y se refiere a lo que tiene más que a lo que desea, se realizará con cargo a: cotizaciones sociales, transferencias del Estado, tasas por determinados servicios y aportaciones de las Comunidades Autónomas y de las Corporaciones Locales, con lo que llegamos a la sacralización de lo existente.

Las Corporaciones Locales participarán en la financiación de los servicios sanitarios asumidos por las Comunidades Autónomas con sus propios presupuestos, en cantidad igual a la que venían consignando actualizada anualmente, y con cargo al Fondo Nacional de Cooperación con las Corporaciones Locales. Las cantidades que para el cumplimiento de estos fines percibían las Corporaciones Locales por concierto con el INSALUD no se considerarán como aportadas por aquéllas, sino que se asignarán directamente a las Comunidades Autónomas.

En una inicial, la razón que justifica esta transferencia de recursos de las Haciendas Locales a la Comunidad Autónoma viene justificada por la necesidad de cubrir el coste de los servicios asumidos por la Comunidad Autónoma en sustitución de las Corporaciones Locales. Mantener, sin embargo, esa situación carece de mucho fundamento por lo atípico del sistema, por la inestabilidad que representa y por la pena-

tonómicas y de reforma de la Seguridad Social para postular un cambio en la financiación del modelo sanitario», en *II Congreso...*, cit., págs. 35 y ss., señala: «... es evidente que la LGS no se plantea un cambio real en la financiación del sistema sanitario español». «El haber producido una LGS al margen de la necesaria reforma de la Seguridad Social puede representar en el futuro un reto insalvable para la virtualidad y operatividad de los principios positivos contenidos en la ley.»

lización que supone para aquellas Corporaciones Locales que hayan asumido un papel sanitario más activo.

Si no en el concepto amplio de beneficencia que se ha señalado, que por otra parte ha ido desapareciendo gracias a las prestaciones sociales generales, en el sentido estricto de asistencia sanitaria a los necesitados la Ley definitivamente lo integra en el Sistema Nacional de Salud y, consecuentemente, procura regular la financiación de tal cobertura, aunque sólo sea del sistema de la Seguridad Social, a través de transferencias estatales, artículo 80. El concepto de necesitado se sustituye por el de «personas sin recursos económicos», concepto jurídico-económico que deberá precisarse si supone algún cambio.

La Ley insta al Gobierno para que fije las condiciones y requisitos, a fin de que una actividad sanitaria sea calificada de alto interés social, circunstancia que aún no se ha producido; sí establece, sin embargo, una línea de financiación con cargo a fondos públicos para realizar actividades de este tipo, tanto si los centros son o no propiedad de las distintas Administraciones Públicas.

Se recoge en el artículo 91 un último desco de la Ley de cerrar el círculo de posibilidades en la planificación de la sanidad, aunque es la única referencia que hace el texto a esa situación. No se puede determinar si se refiere a tareas de gestión o de investigación sanitaria, aunque aparece integrado dentro de la actividad sanitaria privada y como específica de centros y establecimientos sanitarios (78).

El peso de la gestión del Sistema sanitario sobre los Presupuestos públicos vincula al principio de gratuidad condicionada (79), al que hace referencia tan sólo la Exposición de Motivos de la Ley y con enorme cautela para lograr una aplicación gradual que asimismo parece deducirse de las Disposiciones Transitorias.

Quiebra también la gratuidad deseada con el establecimiento de precios o tasas por atenciones o prestaciones sanitarias que total o parcialmente deben ser satisfechas por los interesados.

En el mundo de los hechos el análisis sobre este punto estaría en determinar su conveniencia, en cuanto que el sentido de ajeneidad que el Sistema produce deteriora su eficacia tanto por los que lo usan como por quien lo sirve. La instalación de un Servicio de tal naturaleza en la absoluta financiación pública, además de costoso y difícilmente mantenible, lleva a su propio deterioro (80). Este es un punto

(78) MANSILLA IZQUIERDO, *Reforma...*, cit., págs. 124-133, que recoge datos sobre la financiación actual del Sistema y advierte que no puede ignorarse que la aplicación del modelo financiero que contiene la Ley «... lleva indisolublemente unido un período de transición que inevitablemente debe ser largo, ya que la realidad actual es muy distinta a la que se propugna como modelo ideal...».

(79) MANRIQUE LÓPEZ, *Comentarios...*, cit., págs. 854 y ss., manifiesta la constitucionalidad de la gratuidad y advierte que «la inconstitucionalidad, en todo caso, se derivaría si el propio Texto constitucional impidiese la prestación gratuita de la protección de la salud».

(80) Véanse las observaciones en este punto sobre el Servicio Sanitario Nacional italiano, en aspectos importantes que la Ley 14/86 regula, y que hace Juan PEMÁN GAVIN, *La reforma sanitaria en Italia*, cit., págs. 385-386. BORRAJO INIESTA, *Comenta-*

importante también en la tensión medicina liberal-medicina socializada (81).

D) *Docencia e investigación como complemento*

La actividad docente e investigadora que la Ley regula, en ese afán loable de completar el Sistema, se presenta como fundamento y fin del plan sanitario previsto. La investigación ha de ser fomentada como elemento clave para el progreso del sistema sanitario, debe partir de la realidad social para contribuir a la promoción de la salud de la población, analizando las causas, modos y medios de intervención tanto preventiva como curativa, con una rigurosa y constante evolución, de forma que garantice su efectividad.

Ligada a esa actividad se sitúa la docencia como técnica de adecuación permanente de los conocimientos profesionales a las necesidades de la población española.

Como Centros de investigación y docencia se fija las Universidades, que deberán contar, señala el texto, con un Hospital y tres Centros de Atención Primaria, que la Ley denomina «universitarios o con función universitaria»; no obstante, se podrán crear los organismos de investiga-

rios al artículo 43..., cit., págs. 175-179. Señala que la gratuidad sin aportación previa, ni individual ni colectiva del interesado, no es una fórmula generalizada: «... en esta materia se aceptan limitaciones y obstáculos en un doble plano: que hay límites internos de la medicina... no es omnipotente... y hay límites de orden financiero... que fuerza a los gobiernos a tomar medidas más selectivas...». Jaime PUIG JUNOY, «Equidad en la asignación territorial de recursos financieros "versus" equidad en el sistema sanitario», en el *II Congreso...*, cit., págs. 45 y ss. Distingue entre igualdad y equidad en el ámbito de la sanidad: «... el término equidad supone una aproximación más adecuada al derecho a la salud que el de la simple igualdad frente a los servicios sanitarios».

(81) Hoy, la realidad está fuertemente matizada hacia un sistema mixto por el que los poderes públicos se comprometen a que la sociedad cuente con los medios y servicios sanitarios que posibiliten los cuidados sanitarios más completos y técnicos posibles a todos los individuos y, en segundo lugar, a que dichos servicios se aporten gratuitamente a los indigentes. La gratuidad absoluta apareció como tendencia a finales de la segunda guerra, logrando inspirar algunas declaraciones (por ejemplo, la ONU en 1979, sobre el Progreso del Desarrollo Social), pero la realidad fue que se mantuvo una atribución a la acción libre y responsable de cada persona interesada. Enrique COSTAS LOMBARDA, «Calidad de la asistencia y Sanidad Pública», en *II Congreso...*, cit., págs. 129 y ss. Expone la relación principio de universalidad-gratuidad como base de una esperanza de equidad con calidad suficiente en el derecho a la asistencia sanitaria, a quien califica como «... una cruel ilusión legal». Por otra parte, señala: «... la universalización refuerza la presencia de dos medicinas (una, buena, para los ricos, y otra, mala, para los pobres) y aviva las desigualdades sanitarias. Porque el hecho casi generalizado de que los ciudadanos pudientes desprecien el Sistema Nacional de Salud y paguen otra asistencia privada en la que no padecen esperas, ni insuficiencias, ni incomodidades, ni desconsideraciones personales, resulta el estigma de segunda clase con que está marcada la sanidad pública...». Desde la otra cara, y ello es más grave, «... la estabilidad de la sanidad pública depende en buen grado, lastimosamente, de que no mejore la calidad de la asistencia y se mantengan fuera de la misma todos los beneficiarios que voluntariamente la han abandonado», pero que pagan una «... cuota oficial obligatoria...».

ción que se consideren oportunos por el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas, de acuerdo con la política científica española.

Tales Centros y aquellas actividades no se integran en el esquema sanitario que diseña la Ley, a pesar de ser básico, sino que se coordinan en régimen de concierto a través de los dos Departamentos del ramo, Sanidad y Educación y Ciencia. Pero esa colaboración se monta sobre las siguientes bases: autonomía en la capacidad investigadora, centros universitarios para ejercer la docencia y disposición de la estructura asistencial del sistema sanitario para ser utilizada para la docencia pregraduada, postgraduada y continuada de los profesionales.

Se establecen, pues, sectores distintos, obligados sí a una colaboración continua, pero no vinculados de hecho en la estructura sanitaria. Lo prueba la circunstancia que estimula la Ley de que en el marco de la planificación asistencial y docente de las Administraciones Públicas se establezcan vínculos de plazas asistenciales de las Instituciones sanitarias como plazas docentes de los Cuerpos de Profesores de Universidad.

Se sectorializa asimismo la sanidad al dejar caer, también en este campo, el peso de la salud pública en el estamento médico, que aunque fundamental no único, olvidando las actividades de otros núcleos profesionales vinculados al sector, sanitarios y no sanitarios.

El gran problema de todo el complejo que es la financiación se afronta en cuanto a la investigación, ligándolo al presupuesto global de salud y fijando un tope mínimo del 1 por 100, del que hoy estamos muy alejados, artículo 109.

Como medida de fomento de la investigación y docencia se propone la designación de lo que denomina la Ley «unidades asistenciales de referencia nacional» en cuanto alcancen el nivel sanitario de investigación y docencia que reglamentariamente se determine, artículo 113.

El Ministerio de Sanidad será el responsable de tal designación a propuesta del Instituto de Salud «Carlos III» y los órganos responsables asimismo de la sanidad de las Comunidades Autónomas.

Este Instituto de Salud lo diseña la Ley como Organismo Autónomo de la Administración del Estado, adscrito al Ministerio de Sanidad, de apoyo científico-técnico al mismo y a las Administraciones regionales, en coordinación con el Consejo Interterritorial de Salud.

Por las funciones que el artículo 112 le señala, ha de decirse que su ámbito de actuación es amplísimo y complejo: educación sanitaria, fomento de la investigación tanto clínica como genética y de reproducción animal o biomédica y sanitaria; tareas de formación especializada; control sobre medicamentos, productos químicos potencialmente peligrosos, de alimentos y sobre enfermedades crónicas o infecciosas e inmunológicas; acciones sobre la sanidad ambiental e intervención en las Ciencias sociales y económicas aplicadas a la salud, aunque sin indicar a qué nivel; tareas de microbiología, virología e inmunología, así como sobre alimentación, metabolismo y nutrición; y cualesquiera otras de interés para el Sistema Nacional de Salud que le sean asignadas.

Sobre él recae en verdad todo el peso de hacer efectivo el derecho a la protección a la salud que la Constitución reconoce.

Debe señalarse asimismo la técnica jurídica utilizada por la Ley, tras crear este Organismo Autónomo, de remitir a su regulación por Real Decreto lo relativo a estructura, organización y funcionamiento del Instituto.

En contra de lo que dispone la Ley de Entidades Estatales Autónomas, artículo 6, la Ley de creación del organismo no determina sus competencias, ni las bases generales de su organización, régimen de acuerdos de sus órganos colegiados y designación de las personas a que se refiere el artículo 9 de la citada Ley de 26 de diciembre de 1958, así como tampoco los bienes y medios económicos que se le asignen para el cumplimiento de sus fines.

El Real Decreto 10/1988, de 8 de enero, por el que se determina la estructura, organización y régimen de funcionamiento del citado Instituto, términos estrictos en que se pronuncia la Ley 14/1986, amplía, sin embargo, su contenido a la determinación de las competencias de los órganos que crea, a la fijación de los bienes y medios económicos con que ha de contar el Instituto, así como a concretar sus funciones dentro del marco asignado por el artículo 112 de la Ley General de Sanidad.

A través de esta técnica deslegalizadora, reductora de garantías sin duda, se dispone de un Organismo que planifica, coordina, gestiona y evalúa la política de investigación, docencia y control que incumbe al Ministerio de Sanidad y Consumo y a las Comunidades Autónomas, dice la Exposición de Motivos del propio Decreto, desde una organización estrictamente centralizada y con escaso margen de participación, a pesar de que su fin es conseguir una mayor integración y una mejor coordinación sectorial que permita dar respuesta a las demandas sociales relativas al fomento de la salud, bienestar social y calidad de vida.

Con esta disposición se deroga el Real Decreto 1943/1986, de 19 de septiembre, particularmente su artículo 9, que contenía una regulación mínima y provisional del Instituto de Salud «Carlos III»; ello en relación con la Disposición Final decimotercera de la Ley 14/1986.

Se adscriben, reordenados, al citado Instituto los siguientes Centros: la Escuela Nacional de Sanidad y el Instituto Nacional de Sanidad, según el Real Decreto 1943/1986, en su artículo 9, y el Complejo Sanitario del Hospital del Rey, a tenor de su Disposición Transitoria primera. Sin embargo, la Ley General de Sanidad hace referencia concreta al Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, al Centro Nacional de Microbiología, Virología e Inmunología Sanitaria, al Centro Nacional de Farmacología y al Centro Nacional de Sanidad Ambiental, sin reconocerlos integrados en el referido Instituto Nacional de Sanidad, que expresamente suprime el Real Decreto 10/1988, en su Disposición Adicional primera (82).

(82) La Ley de Bases de 25 de noviembre de 1944 crea la Escuela Nacional de Sanidad sobre la base del «actual» Instituto Nacional de Sanidad, adscribiéndole su propio material y personal. La Exposición de Motivos del mismo texto legal es aún más expresiva, al señalar: «Se recogen en el proyecto Centros y Organizaciones

El contenido técnico del Instituto de Salud «Carlos III» es de alto nivel en su previsión, como se deduce de la relación de funciones y actividades asignada en el artículo 2 del citado Decreto 10/1988, a nivel docente e investigador. Y ello ha de llevarse a cabo en conexión con los objetivos recogidos en la Ley 13/1986, de 14 de abril, de Fomento y Coordinación de la Investigación Científica y Técnica. Así, el Plan Nacional de Investigación Científica y Desarrollo Tecnológico entre sus previsiones recoge el fomento de la salud, el bienestar social y la calidad de vida, artículo 2.f) de la Ley.

E) *Transitoriedad del Sistema*

Además de todo lo dicho sobre la visión futura del Sistema que se convierte en una realidad esencial del presente, ha de destacarse la

ya existentes y a los que no se trata de modificar... pero se acomete la tarea de transformar otros que, como el Instituto Nacional de Sanidad, fueron creados a principio de siglo, tuvo una gran importancia... pero que hoy... ha desmerecido su función, por lo que se impone darle un mayor contenido docente...» A. GUAITA MARTORELL, *Derecho Administrativo Especial*, cit., pág. 161, señala como organismos dependientes de la Dirección General de Sanidad «la Escuela (antes Instituto) Nacional de Sanidad...». S. MUÑOZ MACHADO, *La Sanidad Pública en España...*, cit., pág. 181, al hacer referencia a la investigación y enseñanza sanitarias, señala tres grandes Centros Nacionales integrados en el Instituto Nacional de Sanidad: Centros de Microbiología, Virología e Inmunología Sanitaria, de Farmacología y de Alimentación y Nutrición. Cita a continuación el autor al Organismo Autónomo creado por Decreto-ley 13/1972, de 29 de diciembre, denominado Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AINS), que integra una serie de servicios que funcionaban con independencia y autonomía. Y, entre ellos (art. 1.1), a los Centros Nacionales de Sanidad de Majadahonda.

Según nuestras investigaciones, el Instituto Nacional de Sanidad nos lo encontramos casi como un hecho nuevo en el Real Decreto 1943/1986, de 19 de septiembre, sin que aparezca al crearse el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social en 1977 ni en sucesivas reestructuraciones. Si la Escuela Nacional de Sanidad, creada por Decreto de 3 de diciembre de 1942 y aprobado su Reglamento por Decreto de 31 de mayo de 1946, para la enseñanza y la investigación sanitaria. Por Real Decreto 1762/1981 pasa a depender directamente de la Subsecretaría de Sanidad.

En tal sentido, el Decreto 252/1974, de 25 de enero, sobre estructura, organización y funcionamiento del Organismo Autónomo «Administración Institucional de la Sanidad Nacional», en su artículo 6 recoge al Instituto Nacional de Sanidad como uno de los «dos grandes grupos» en que se engloban los centros, servicios y establecimientos integrados en AINS. Según el artículo 7.1, tales Centros son: los tres citados más el Centro Nacional de Sanidad Ambiental, de nueva creación; los cuatro que menciona la Ley 14/1986 y los mismos que enumeraba el Real Decreto 1943/1986.

Aquel citado Decreto 252/1974 no vuelve a nombrar al referido Instituto Nacional de Sanidad, sino que, por el contrario, a los susodichos Centros los hace depender de sus correspondientes Subdirecciones Generales (art. 7.2) y los coordina a través de una Comisión de Dirección.

Es obvio, por tanto, el silencio de la Ley 14/86 respecto del Instituto Nacional de Sanidad, pero no entendemos la mención expresa del Real Decreto 10/1988, ya que no es, evidentemente, un organismo autónomo que deba suprimirse, sino un «grupo», a tenor de la terminología del Decreto 252/1974, o una Subdirección General, según el Real Decreto 1943/1986, como Unidad administrativa orgánica, dependiente y no autónoma.

gran importancia que por su contenido normativo tienen las Disposiciones Finales del texto.

La Ley no cambia nada de lo que hoy tiene o muy poco, mantiene los mismos esquemas sanitarios, pero presenta un futuro sobre principios, organización y financiación que es su sustancia. El paso de un estadio a otro lo monta la Ley sobre su transitoriedad. Tras casi dos años, posiblemente es pronto para ver nuevas realidades. Del cúmulo de disposiciones en materia sanitaria publicadas durante este tiempo, sólo un reducido número atiende al desarrollo de la Ley 14/86, posiblemente porque en gran medida su aplicación va vinculada al proceso de construcción de las Autonomías en este sector, que sin duda es más lento que en otros. La primera norma de desarrollo fue el Real Decreto 1418/1986, de 13 de junio, que regula las funciones del Ministerio de Sanidad y Consumo en materia de Sanidad Exterior, cumpliendo con la Disposición Final octava. Sobre la número nueve de las mismas Disposiciones, el Real Decreto 1943/1986, de 19 de septiembre, que da nueva estructura orgánica básica a dicho Departamento, en especial destaca la Dirección General de Alta Inspección y su coordinación con las Comunidades Autónomas. El Real Decreto 1558/1986, de 28 de junio, en relación con el artículo 104 de la Ley, que establece las Bases generales del régimen de concierto con las Instituciones Sanitarias y la Universidad para desarrollo de su programa investigador y docente. Y el Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, que aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los Hospitales gestionados por el INSALUD, que afecta entre otros a los artículos 65 y 80 de la Ley, integración de los hospitales en el Área de Salud y atención a los no beneficiarios de la Seguridad Social.

En esta gran tarea de aplicación de la Ley 14/86 y de hacer realidad el derecho reconocido, el contenido de las 15 Disposiciones Finales es destacado. No obstante, sólo dedicaremos un breve comentario a lo que consideramos más vinculado con el estudio que aquí iniciamos.

La Ley señala un plazo al Gobierno para regularizar, aclarar, armonizar, refundir, etc., disposiciones y funciones en conjuntos concretos. A vía de ejemplo, las Disposiciones primera y quinta son muy válidas.

En la primera se afectan cuatro Leyes y tres Reales Decretos para alcanzar los objetivos que en materia de formación pregraduada, post-graduada y especialización sanitaria señala el Título VI. Pero qué quiere decir la Ley 14/1986 con los términos «regularizará, aclarará y armonizará», así como con el hecho de que «serán debidamente actualizadas». Como la tabla de Vigencias y Derogaciones no se ha publicado, se desconoce tal hecho, pero lo que propone es su refundición, incluso articulación, en un texto único nuevo, aunque las normas a que afecta y que se verían derogadas tienen contenido más amplio. Sería una derogación parcial, aunque la amplitud del sistema llevaría a la construcción de un nuevo esquema normativo, elaborado bien por la Administración del Estado o por las Comunidades Autónomas.

La Disposición Final quinta emplea idénticos términos, además de «refundirá», implicando a nueve Leyes y un Real Decreto para que, de

acuerdo con las exigencias del sistema sanitario, con las necesidades sanitarias de la población y los actuales conocimientos epidemiológicos, técnicos y científicos, alcance los objetivos de la presente Ley, «respetando la actual distribución de competencias».

En este punto parece lógico plantearse por qué no se ha utilizado la técnica de la Ley de Bases como la vigente hasta la Ley 14/1986 para regular el sector sanitario, máxime cuando el propio texto está lleno, como se ha indicado, de principios, criterios, orientaciones, etcétera, que más bien inspiran aquella técnica que la utilizada de Ley Ordinaria, aunque contenga normas básicas como es el caso.

La experiencia de que en la Ley de Bases transcurre largo tiempo, a veces se produce su derogación, sin que se desarrolle totalmente unido ello a la distribución territorial existente y al reparto de competencia que la Constitución establece, en base a dificultar su desarrollo, ha motivado la elección de un texto articulado. Lo que sí es evidente es la insuficiencia de la Ley 14/1986 en muchos aspectos, por su propio contenido, y así ha tenido que dejar a una futura refundición de textos materias de contenidos diversos y amplios, con el riesgo de que los textos refundidos no queden suficientemente armonizados con los principios básicos que informan la protección de la salud.

En los presentes casos se autoriza al Gobierno para refundir múltiples disposiciones legales sobre materias diversas relativas a la sanidad y a la salud, teniendo que variar los criterios que inspiran las normas objeto de refundición en cuanto que se tendrán que adecuar a los principios que informan la Ley General de Sanidad. O, lo que es lo mismo, que el mandato dado al Gobierno implica sobrepasar la mera función refundidora al tener que acomodarse en las normas que dicte a unos principios distintos, a veces distantes, de los que inspiraron a las disposiciones que han de refundir (83).

En el aspecto organizativo, es evidente la imprecisión técnica que se utiliza sin un marco integrador lógico o por lo menos explicitado que permita dar coherencia al sistema. Así, se observa en las mismas Disposiciones Finales que habla de integración, participación, colaboración, plena integración, adscripción, etc., como significados iguales y difusos. En la tercera, por ejemplo, sin límite temporal, se obliga al Gobierno y a las Comunidades Autónomas para que dispongan la participación, la colaboración o la plena integración de una amplia serie de Unidades Administrativas Sanitarias, dependientes de otros Departamentos, que hoy continúan con los mismos criterios en su política sanitaria: Hospitales militares, Medicina forense, Sanidad penitenciaria, Hospitales universitarios, etc., sin ninguna técnica de conexión justificativa.

(83) MANRIQUE LÓPEZ, *Comentarios...*, cit., págs. 858-860. Señala en favor de la Ley de Bases, que nada impide que, en ejecución de la delegación legislativa, sean varios los textos articulados sobre la materia. El fraccionamiento de la normación sobre la protección a la salud en diversas normas: organización de los servicios, acción de los poderes públicos, relación jurídica del personal, etc., hubiera constituido un verdadero Código de la Salud Pública. «Esta es la forma más adecuada de proceder en una materia de tanta repercusión jurídica y social...»

Sólo en materia de protección de la salud de los trabajadores, Disposición Final sexta, autoriza al Gobierno aprobar un texto único, aclarando, regularizando y armonizando las normas vigentes, atendiéndose a los principios que dicta. Sin embargo, no hace referencia al Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo, que debería integrarse plenamente en el Sistema.

La cuestión aquí sería qué debe entenderse por «trabajador», cuenta ajena, autónomos o también empresarios; y si los funcionarios que estén sometidos a los mismos riesgos se verían afectados por tal norma.

V. CONCLUSIONES

Partiendo de la creencia de que es pronto para analizar resultados, señalamos los siguientes:

Primera. La generalización del derecho de protección de la salud a toda la población, en condiciones de igualdad y de forma gratuita, va a encontrarse, de una parte, con las graves tensiones que caracterizan hoy al sector sanitario, de no fácil articulación, y, de otra, con unos nuevos entes territoriales, las Comunidades Autónomas, que se están formando en el nuevo proceso de ordenación territorial; así como con las Entidades Locales, Diputaciones y Ayuntamientos, que han participado de modo decisivo en la función administrativa sanitaria.

Segunda. En la organización del servicio público que la Ley propone, ha de contarse con el sector privado que dispone de instalaciones y centros, aprovechables sin duda a través de una adecuada política de conciertos.

Tercera. Tanto en la Organización del Sistema como en la toma de decisiones de contenido básico, han de estar presentes las Comunidades Autónomas, Administraciones Públicas que soportan el peso del Servicio, y ellas, a través de las potestades normativas y ejecutivas propias, avivarán la participación de las Corporaciones Locales, especialmente de los Municipios, más próximos a los ciudadanos.

Compatibilizar descentralización e igualdad a través de una financiación centralizada presenta riesgos graves de conflicto.

Cuarta. La financiación global a través del presupuesto nacional choca con cualquier política, hoy necesaria, de contención del gasto público, con las exigencias de otros sectores también necesitados y con las disponibilidades presupuestarias que la propia Ley anuncia.

Quinta. Ha de hacerse un esfuerzo de acercamiento entre la cultura política que alimenta la reforma, basada en grandes principios: autonomía, igualdad, participación, programación, coordinación, etc., y la estructura administrativa e incluso la propia ciudadanía, que no ha asimilado aún el impulso de reforma. Por lo que el riesgo es que se quede en mero papel o que se imponga sin aceptación.

Sexta. El Sistema Nacional de Salud, esencia del Sistema Organizativo Básico montado por la Ley, carente de entidad propia y apoyado en técnicas de coordinación, integración y programación, es en sí mismo un objetivo, una misión constitucional pospuesta por el carácter social dado a tal derecho, pero cuya eficiencia ha de ir acompañada de medidas concretas y adecuadas, desde el punto de vista funcional.

Manuel BEATO ESPEJO