

**Bases constitucionales de una posible
política sanitaria en el Estado
autonómico**

Juan José Solozábal Echavarría

Documento de trabajo 89/2006



Juan José Solozábal Echavarría

Es catedrático de Derecho constitucional desde 1986. Doctor en Derecho por la Universidad Complutense de Madrid y Master in Politics (London School of Economics), ha ampliado sus estudios de Derecho constitucional en el Instituto Max Planck de Heidelberg. En la actualidad es catedrático de la Facultad de Derecho de la Universidad Autónoma de Madrid. Juan José Solozábal ha publicado diversos trabajos sobre la cobertura institucional del pluralismo, en especial sobre federalismo, nacionalismo y autonomías territoriales, que son recogidos en sus libros *Las bases constitucionales del Estado autonómico* (1998) y *Nación y Constitución* (2004). Además, es autor de *El Primer Nacionalismo Vasco* (1975) y *La Sanción y Promulgación de la Ley en la Monarquía Parlamentaria* (1987). Dirige la revista *Cuadernos de Alzate*.

Ninguna parte ni la totalidad de este documento puede ser reproducida, grabada o transmitida en forma alguna ni por cualquier procedimiento, ya sea electrónico, mecánico, reprográfico, magnético o cualquier otro, sin autorización previa y por escrito de la Fundación Alternativas

© Fundación Alternativas

© Juan José Solozábal Echavarría

ISBN: 84-96653-02-1

Depósito Legal: M-19972-2006

Contenido

Resumen ejecutivo	5
1. Supuestos constitucionales, ideológicos y de naturaleza territorial de la política sanitaria española	7
2. Las competencias implícitas de los órganos estatales sobre política sanitaria	10
2.1 La competencia del Gobierno central sobre la Sanidad	10
2.2 El título de la regulación de las condiciones básicas de los derechos y deberes constitucionales	12
3. Títulos explícitos sobre la materia sanitaria de los diversos órganos públicos	15
3.1 El derecho constitucional a la salud	15
3.2 El derecho a la salud garantizado a través de la organización de un servicio público	21
4. Títulos competenciales sobre la Sanidad en el Estado autonómico	24
4.1 La determinación de lo básico como título preferentemente normativo en materia de Sanidad	24
4.2 La coordinación general de la Sanidad	26
4.3 La Alta Inspección	37
5. Conclusiones	43
Bibliografía	47

Siglas y abreviaturas

CE	Constitución Española
Insalud	Instituto Nacional de la Salud
LCCSNS	Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud
LGS	Ley General de Sanidad
LRJAP-PAC	Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común
STC	Sentencia del Tribunal Constitucional
TC	Tribunal Constitucional

Bases constitucionales de una posible política sanitaria en el Estado autonómico

Juan José Solozábal Echavarría
Catedrático de Derecho constitucional.
Universidad Autónoma de Madrid.

La competencia del Gobierno en materia sanitaria se establece, de acuerdo con la Constitución, a través de diferentes vías, que se refuerzan mutuamente y que confieren al Ejecutivo central una importante contribución en la configuración y puesta en práctica de la política sanitaria española. Desde luego, la política sanitaria forma parte de la política general del Estado, que corresponde fijar al Gobierno de la Nación –según el artículo 97 de la CE–, si bien con la colaboración de los Gobiernos autonómicos.

Pero los títulos competenciales de los que resultan las atribuciones más efectivas del Gobierno se refieren a los establecidos en el artículo 149.1.16ª de la CE sobre “bases y coordinación general de la Sanidad”. “La fijación de lo básico” (art. 149.1.1ª CE) es un título preferentemente –pero no forzosamente– sólo normativo, no obligadamente mínimo y modificable en materia de Sanidad.

La competencia estatal se refuerza a través de las “facultades de coordinación”. Se trata de una concertación obligada, según pautas o procedimientos establecidos por el Poder central, asegurando una actuación conjuntada del Sistema Nacional de Salud.

En cualquier caso, las posibilidades de coordinación de la política sanitaria dependen del juego que ofrece el instrumento básico ideado para su realización, “el Consejo Interterritorial del Servicio Nacional de Salud”, de acuerdo con la regulación del mismo en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (Ley 16/2003, de 28 de mayo). Es justamente en la configuración de este órgano donde se patentizan los defectos de la ley vertebral de nuestro sistema sanitario. La regulación legal adolece, también en este caso, se piense en las atribuciones del Consejo o en su funcionamiento, de una profusión normativa y, en definitiva, de una falta de determinación que testimonia una débil base ideológica y la ausencia de verdadera voluntad regulativa. Sin duda, la base consensuada de la ley, que explica su apoyo parlamentario unánime, conllevó cierta indeterminación.

Con todo, creemos que puede defenderse una idea del Consejo como un organismo administrativo, con trascendencia política, pero con un significado auxiliar, secundario o ejecutivo del órgano al que constitucionalmente corresponde la dirección de la política sanitaria y que disfruta de una competencia concreta de este nivel para coordinar la política sanitaria, en cuyo marco la Ley General Sanitaria y la propia Ley de Cohesión le reconoce atribuciones específicas, esto es, el Gobierno de la Nación. Esta visión del Consejo se confirmaría a través de una interpretación de su regulación que excluyera la posibilidad de veto a cualquiera de sus miembros, pues no se puede anudar la competencia del Ejecutivo central para establecer una política en el ámbito sanitario a las facultades de intervención del Consejo, de manera que, cabe afirmar, en razón de las exigencias de la lealtad institucional, que la coordinación no puede ser bloqueada de modo que se prime la mala fe o el abuso del derecho, obteniéndose ventajas al respecto por parte de quien no colabora debiendo hacerlo.

En los Estados federales, las subvenciones o *grants in aid* han sido un instrumento de redistribución de renta o un mecanismo de ayuda para que los Estados miembros menos desarrollados económicamente pudiesen prestar, por sí mismos, los servicios que el *Welfare State* demandaba. En España, en una fase de afirmación de las comunidades autónomas, se ha tendido a prestar atención preferente a las posibilidades neointervencionistas que este tipo de ayuda económica representaba.

Pero, ciertamente, el Estado tiene suficientes títulos de intervención en materia sanitaria, reforzados por una reconsideración jurisprudencial de la actuación central en el ámbito económico. No olvidemos que, en el caso de la política sanitaria, está en juego la protección de derechos, como es el de la salud, o de principios, como la igualdad, que, contando, además, con un reconocimiento legal concreto, tienen también una indudable exigencia de garantía nacional. En cualquier caso, podemos concluir que la propia evolución de la jurisprudencia sobre las subvenciones en materia económica, unida a la adecuada ponderación de los títulos estatales de intervención sobre la Sanidad, hacen posible que el Gobierno central disponga, en relación con las subvenciones sobre gasto sanitario, de facultades no muy alejadas de las que sobre las *grants in aid* tienen las federaciones en nuestro tiempo.

1. Supuestos constitucionales, ideológicos y de naturaleza territorial de la política sanitaria española

Este Informe* trata de encontrar las posibilidades de una verdadera política sanitaria en España y, especialmente, de las competencias del Gobierno central para establecerla y dirigirla.

Lo que aquí se señale sobre el particular debe partir, desde luego, de los supuestos constitucionales pertinentes, que a veces reconocen explícitamente a los poderes públicos habilitaciones al respecto. En otras ocasiones, la base constitucional adolece de precisión, pues es posible que se trate de preceptos que, en razón de su condición o sus términos, sólo puedan dar lugar a actuaciones deducidas de los mismos, pero no previstas explícitamente en la Norma Fundamental.

En segundo lugar, lo que aquí se diga es consecuencia de una actitud en sintonía con una idea intervencionista del Estado, al que se atribuye una función ya no de eventual corrección, sino de protagonismo en el proceso social. La afirmación del Estado social se efectúa asegurando a la Administración el cumplimiento de los servicios de salud, seguridad social y educación, básicamente, aunque ello no quiere decir que la Administración con anterioridad no prestase otros servicios, pero ello no implicaba el intervencionismo propio del actual Estado del bienestar. Advirtamos que el Estado social no es sólo una categoría manejable en un contexto político, sino una cláusula constitucional definitiva que prescribe las relaciones entre el proceso social y la organización institucional. Desde ese punto de vista, posibilita la interpretación adecuada de aquellas figuras o conjuntos normativos a que se refiere y permite determinados desarrollos institucionales, teniendo en cuenta lo que la expresión significa en las ciencias sociales, pero en los términos de la propia Constitución y de acuerdo con otras decisiones que ha tomado asimismo el constituyente¹. La inter-

* Aunque la responsabilidad de las deficiencias del trabajo es exclusivamente mía, me gustaría manifestar mi agradecimiento a quienes, conociendo la materia mucho mejor que yo, se han prestado generosamente a una discusión del Informe. Me refiero a Juan Manuel Eguiagaray, Javier Rey, Tomás de la Quadra-Salcedo, Joaquín Tornos, Javier García Fernández, José Ignacio Vega y Alfonso Jiménez Palacios. También deseo agradecer su ayuda a José María Pemán Gavín y José Tudela Aranda.

¹ Solozábal (2004:161).

vención de los poderes públicos a que nos referimos en esta ocasión se realiza a través de la técnica del servicio público, en este caso precisamente del Sistema Nacional de Salud. Pero ha de tenerse en cuenta que, si bien la satisfacción, como se mostrará, de un derecho a través del Servicio Nacional de Salud refuerza la legitimación de la intervención pública, ello ocurre en una situación o ambiente, el de las sociedades de nuestros días, de favorecimiento de lo privado, que arroja una tacha de ineficiencia y despilfarro a cualquier sector público, de manera que la confrontación entre la Sanidad privada y la pública se hace desde un auténtico prejuicio a favor de la privada.

Simultáneamente a este proceso de privatización, en tercer lugar, pero no necesariamente como algo diferente, se ha de tener en cuenta que la demanda en la descentralización de la Sanidad se verifica en paralelo a la generalización autonómica, como su buque insignia, si se me permite el utilizar una expresión ultragráfica. Esta tendencia es imparable por dos motivos, en primer lugar porque el monto económico y administrativo de los servicios de Sanidad impide la renuncia por anticipado de las comunidades autónomas a prescindir de las oportunidades de poder de la atención sanitaria; en segundo lugar, porque ninguna comunidad autónoma va a estar en disposición de renunciar a la legitimación, en términos políticos, que las prestaciones sanitarias suponen. Las prestaciones sociales hoy las llevan a cabo en nuestro país las comunidades autónomas: ellas son la veste en que se presenta el Estado social. Esto no implica que el Estado central no pueda –y deba– hacer algo en este terreno, pero ha de tratarse, si nos movemos en el plano legislativo, de una actuación de ordenación normativa y, si estamos en el plano ejecutivo, de coordinación, fomento, control y suplencia.

Desde luego, el que las prestaciones del Estado social corran a cargo de las comunidades autónomas no puede poner en cuestión que dichas prestaciones, en su conjunto, sean un verdadero sistema², que es a lo que se apunta cuando, como ocurre en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de la Salud³, se considera la cohesión como el rasgo estructural del conjunto prestacional sanitario. Lo que la cohesión busca es, partiendo de cierta homogeneidad de las unidades asistenciales, una integración de los entes administrativos que conforman el servicio de salud y un mismo nivel de las prestaciones para todos los ciudadanos, con independencia del territorio autonómico en el que viven o, más precisamente, en el que reciban la asistencia. Desde este punto de vista, la unidad del sistema como espacio en el que se producen las prestaciones sanitarias recuerda el soporte del mercado nacional como marco unitario de la actividad económica, ambos órdenes, el servicio de salud y el mercado, correlatos, respectivamente, de la unidad política y económica del Estado.

Para terminar con estas advertencias preliminares, una palabra sobre la evolución de nuestro sistema de salud. Ocurre que el mismo, como se verá, ha sido objeto de un

² Parejo (2004).

³ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (BOE número 126, de 29 de mayo).

importante desarrollo normativo⁴, que tiene que ver, desde luego, con el despliegue autonómico y afecta a importantes aspectos de su ordenación, como son la definición y garantía de las prestaciones sanitarias y la configuración del elemento esencial del sistema, esto es, el Consejo Interterritorial, regulado por la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (LCCSNS). Es importante advertir que en el terreno sanitario, como veremos más adelante, se ha producido una importante concretización de exigencias, límites y principios constitucionales diversos, que quedan incorporados a la ley, perdiendo esta, así, su condición abierta e indeterminada, pasando a integrar un parámetro de legalidad dirigido, antes de nada, a la cumplimentación de la Administración y que opera, asimismo, como límite necesario del Gobierno. Por lo que hace al plano individual, se ha procedido así a la conversión de expectativas constitucionales, dado su reconocimiento en la Ley Fundamental, en verdaderos derechos legales, cuya protección compete a la jurisdicción ordinaria.

En efecto, este proceso del despliegue autonómico, como concretización del modelo territorial diseñado en términos muy elementales en el máximo nivel normativo, no puede dejar de afectar también al sistema sanitario, que nuestra Constitución no instaura, pero cuyas líneas fundamentales quedan afectadas, como ocurre con otras instituciones, por la Norma Fundamental. Lo importante es, en cualquier caso, que el canon constitucional –como base y límite– del sistema sanitario ha quedado fijado en el nivel legislativo; así, por ejemplo, en lo que se refiere a las exigencias de la titularidad, la igualdad o la eficacia de las prestaciones asistenciales.

⁴ Subrayado, como no podía ser de otro modo, por la literatura académica al respecto. Así, Quadra-Salcedo, T. de la (2004:11-2).

2. Las competencias implícitas de los órganos estatales sobre política sanitaria

2.1 La competencia del Gobierno central sobre la Sanidad

En el plano constitucional, concretamente en el terreno de las cláusulas no explícitas de las que pudieran deducirse competencias del Gobierno sobre la política sanitaria, ha de mencionarse, en primer lugar, el precepto que encomienda al Ejecutivo central la dirección de la política interior del Estado. No cabe duda de que en las modernas sociedades la Sanidad es un importante ámbito que requiere de una actuación constante y orientada políticamente, a cuya realización se destinan suficientes recursos con una determinada estrategia. En suma, la dirección de la política (también, como acabamos de ver, la sanitaria) corresponde al Gobierno, según el artículo 97 CE: “El Gobierno dirige la política interior y exterior, la Administración civil y militar y la defensa del Estado”. Sin duda, el Gobierno, también en el ámbito de la salud, adoptaría las decisiones fundamentales, además mediante una intervención primera y libre, como le corresponde en cuanto centro director e impulsor de la actividad política del Estado.

La intervención del Gobierno no puede determinarse en función de un ámbito propio reservado al Ejecutivo, en la medida en que en todas las cuestiones cabe una actuación relativa a la integración del Estado, sino de la significación de la actuación en cuestión en la determinación de la línea de conducta del Estado, dado su carácter fundamental. No es entonces el objeto, la apropiación de un cierto ámbito propio de actuación –ni siquiera la intensidad de ésta–, lo que significa al Gobierno, sino ciertas características de su actividad, tratándose, muchas veces, de una intervención inmediata y según propia iniciativa. La singularidad del Poder ejecutivo podría caracterizarse como modal, pues su actuación consistiría, como decíamos, en la intervención primera y libre sobre distintos ámbitos materiales. Otra línea de conducta del Gobierno podría tener un significado corrector o reactivo, adoptando medidas inmediatas en relación con determinados procesos o sucesos; sin excluir una línea proyectiva, consistente en iniciativas de precaución y planificación en relación con imprevistos, situaciones de futuro y emergencias. El Gobierno actúa en sus funciones de modo dinámico, de acuerdo con una dirección señalada y realizada en público, solicitando la adhesión y participación de otras fuerzas –y no sólo de los miembros que apoyan al partido del Ejecutivo–.

Por supuesto, la dirección de la política sanitaria se ejerce sin demérito de las competencias en los diversos sectores de la actuación pública de otros órganos del Estado; en realidad, lo que corresponde al Gobierno del Estado es una función o tarea que no agota la intervención pública de otros órganos con competencias en el ámbito en cuestión y específicamente del Gobierno y legisladores autonómicos. Pero no pretendemos justificar la actuación de las comunidades autónomas en la realidad del Estado social. Ya hemos aludido a esta problemática cuando decíamos, sintéticamente, que el Estado autonómico es hoy la veste del Estado social; bástenos señalar que de la configuración general del Estado autonómico se siguen auténticas competencias de dirección de los gobiernos autonómicos, de modo que éstos han de poder, sin demérito de la competencia gubernativa del Ejecutivo central, disponer de un conjunto de atribuciones en el que seguir sus políticas propias, es cierto que en el marco general, pero capaces de aportar su particular impronta. De modo que la dirección de la política del Estado, también en materia de salud, se lleva a cabo, en el Estado autonómico, implicando no sólo la admisión de competencias concretas en los órganos estatales, sino el reconocimiento de una función de dirección, y no meramente de especificación, de los gobiernos autonómicos.

“Anclar” la competencia del Gobierno para determinar la política de Sanidad en el artículo 97 de la Constitución sin duda incrementa la intervención al respecto del Ejecutivo. Pero jurídicamente se plantean algunos problemas. Así, ha de responderse a las exigencias de la interpretación sistemática, especialmente indicada en el caso de la Norma Fundamental y, en concreto, proponer una relación adecuada entre las cláusulas que establecen funciones o tareas a una institución y las que señalan sus competencias o facultades concretas. Desde luego, no se puede minimizar la importancia de éstas tomándolas como meras especificaciones o ejemplos de las cláusulas generales, pero tampoco proceder a su utilización exclusiva, prescindiendo de las disposiciones funcionales, necesariamente más generales. Así, los preceptos que confieren facultades en materia de salud al Gobierno, principalmente, como se verá, el artículo 149 CE, deben entenderse a la luz de la cláusula –vamos a llamarla funcional– del artículo 97 CE, de la que son claramente instrumentales, denotando lo que podríamos llamar el caudal de la competencia. Lo que no parece es que puedan desprenderse competencias concretas del artículo 97 CE, llamémoslas implícitas o naturales, o un fondo residual de las mismas, de modo que el Gobierno pueda disponer de cualquier instrumento para dirigir el Estado. Esta posición interpretativa no sólo se deduce de las relaciones que proponemos entre las cláusulas funcionales, esto es, las que señalan tareas o funciones al Gobierno, en el caso de la política en general, y las atributivas de competencia, ahora ya en el campo de la política sanitaria, sino del propio carácter constitutivo de los preceptos de una Constitución normativa, pues otra interpretación dejaría sin verdadero significado, que no fuese el mero ejemplificativo, a la postre redundante, a las disposiciones competenciales⁵.

⁵ Solozábal (2005:72-3).

2.2 El título de la regulación de las condiciones básicas de los derechos y deberes constitucionales

En términos generales, y de manera también implícita, son muy importantes los tipos de intervención que pueden desprenderse, especialmente de la competencia del Estado sobre la “regulación de las condiciones básicas”, que garantizan la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales (149.1.1ª CE). Si se procede a la interpretación de esta cláusula constitucional, ciertamente “ambigua y aun contradictoria”⁶, puede coincidirse en que contiene un título general, pues no se refiere a un ámbito de actuación concreto, sino a una categoría de alcance difícilmente determinable, ya se la considere como presupuesto, límite o exigencia. Dicho precepto comprende, asimismo, un título transversal que, en lo que tiene de tope del Derecho autonómico –considerado negativamente– o de determinación de las facultades esenciales de actuación del Estado central –considerado positivamente–, posee una evidente significación autonómica.

Precisamente, lo general del título y su peligrosidad para las comunidades autónomas han llevado al Tribunal Constitucional, que considera técnicamente más segura la habilitación concreta y que es muy consciente de los riesgos centralistas de la cláusula en cuestión, a encajear el uso restrictivo del artículo 149.1.1ª. La competencia exclusiva del Estado para establecer las condiciones básicas que garanticen derechos y deberes constitucionales no le consiente decidir sobre un régimen jurídico acabado y completo de los derechos y deberes constitucionales afectados; de otro lado, se trata más que de una base de un límite a tener en cuenta por la comunidad autónoma que ejerza sus títulos competenciales concretos (STC 61/1997).

Parece correcto afirmar que para el Estado este precepto señala una habilitación limitada y concreta, que no faculta, por tanto, para una intervención general equivalente a la atribución del régimen básico al Poder central, de manera que éste, sin competencias, procediese a establecer una regulación común y elemental del sector en cuestión o a desarrollar el derecho. Estamos ante una habilitación determinada limitada a garantizar el disfrute, en condiciones de igualdad, de los derechos y deberes constitucionales; compatible con los títulos competenciales que sobre una determinada materia pueda corresponder al Estado, en virtud de las habilitaciones que le competan desde el artículo 149 CE o las reservas generales en materia de derechos del artículo 81 CE y el artículo 53.2 CE. Desde el punto de vista de las comunidades autónomas, lo que el artículo 149.1.1ª CE establece es un límite a su intervención normativa y aun ejecutiva, que nunca puede poner en cuestión la homogeneidad que asegura el ejercicio en condiciones de igualdad de los derechos y deberes constitucionales. El TC ha procedido a una formulación sintética de su doctrina acerca del art. 149.1.1ª: “En conclusión, según nuestra doctrina –ha dicho en la STC 188/2001–, el artículo 149.1.1ª CE constituye un título competencial autónomo, positivo o habilitante, constreñido al ámbito normativo, lo

⁶ Tudela Aranda (2003).

que permite al Estado una regulación, aunque limitada a las condiciones básicas que garanticen la igualdad, que no el diseño completo y acabado de su régimen jurídico, por lo que el artículo 149.1.1ª no debe ser entendido como una prohibición de divergencia autonómica”.

Otras tres precisiones de interés para la correcta comprensión del artículo 149.1.1ª son las siguientes. En primer lugar, el alcance del precepto o el ámbito a que se refiere la cláusula son los derechos y deberes constitucionales. No se habla sólo de derechos, esto es, de situaciones subjetivas favorables, sino también de deberes. En segundo lugar, no se circunscribe al ámbito al que afecta el contenido prescriptivo de los derechos fundamentales, lo que es una precisión absolutamente capital en el marco de este estudio, dada la equívocidad que acompaña al concepto derechos fundamentales.

Sin duda, hay en nuestra Constitución espacio suficiente para diferenciar entre derechos amparables y derechos que, sin tener esta condición, quedan protegidos en su contenido esencial, aunque sea cuestionable creer que hay otros derechos cuyo contenido esencial no está protegido. Pero no se trata de plantearse la cuestión del acierto del constituyente en relación con la caracterización que el mismo hace de los derechos fundamentales. Lo que, en cualquier caso, resulta obvio es que la categoría de derechos constitucionales acoge a todos los derechos reconocidos en la Constitución, más allá de su ubicación sistemática, y que hay, entonces, más derechos de este tipo que los fundamentales, sea cual sea su caracterización.

Todos los derechos, por lo tanto, reconocidos en la Constitución, con independencia de su sede, son objeto de la protección que en relación con la garantía de su igualdad se establece en la cláusula del art. 149.1.1ª. Lo que caracteriza a esta disposición, en el plano que consideramos del derecho a la salud, es la igualdad de disfrute del mismo que asegura y que habrá que entender en términos correctos, evidentemente no como identidad que sería incompatible con los presupuestos del Estado autonómico, que es una fórmula política ideada precisamente para asumir el pluralismo, a cuyo servicio se encuentra el reconocimiento de la potestad normativa de las comunidades autónomas, sino en términos de igualdad sustancial o básica (STC 37/1987).

La tercera precisión se refiere al tipo de actuación que el artículo 149.1.1ª reserva al Estado. Se trata, a mi juicio, como claramente expresa el tenor literal del precepto, de la “regulación”, esto es, una actividad normativa; que no habilitará para una actuación ejecutiva, al menos no directamente, de la Administración central, aunque sí podrá tener el efecto impeditivo de evitar una intervención normativa y ejecutiva de las comunidades autónomas que ponga en cuestión el ejercicio del derecho de que se trate en condiciones de igualdad.

El que nos opongamos a una interpretación maximalista de la regla del artículo 149.1.1ª CE que venga a facultar una intervención homogeneizadora y aun no meramente normativa del Estado central, por ser poco respetuosa con la seguridad jurídica del Estado autonómico y, en segundo término, por las carencias de dicha interpretación desde el punto de vista sistemático –al dejar sin efectividad determinaciones constitucionales como la noción de

bases y aun habilitaciones generales como las que resultan de reservas a favor de la ley orgánica, que pasarían a ser sencillamente figuras superfluas, pues su espacio y función habrían sido ocupadas por la cláusula del artículo 149.1.1ª CE, no nos puede llevar a ignorar el reforzamiento de las facultades de intervención en el sector de la Sanidad del Estado central que pueden desprenderse de esta cláusula, que sin duda reafirma la atribución al Estado de fijar la regulación mínima que asegura el ejercicio del derecho a la salud, en concreto cuando ejerza sus competencias en la política sanitaria a que se refieren, como veremos, diversos apartados del artículo 149 CE. Esta garantía de intervención para el Estado central, deducida del artículo 149.1.1ª, aparece como una cláusula de prohibición para las comunidades autónomas, cuya actuación, normativa o no, puede poner en cuestión la reserva de actuación estatal que contiene dicha cláusula.

Así pues, la cláusula del artículo 149.1.1ª habilita exclusivamente al Estado central para una intervención reguladora, en las materias que le corresponden, tendente a asegurar las condiciones de igualdad respecto de los derechos y deberes constitucionales. Tal regulación se refiere a un mínimo, que no tiene nada que ver con el establecimiento del régimen básico del derecho en cuestión, que no es objeto, entonces, de desarrollo, sino sólo de una regulación parcial, cuyo objetivo es asegurar el ejercicio del derecho en condiciones de igualdad. De otro lado, como decíamos, el artículo 149.1.1ª afecta no sólo a los derechos fundamentales, sino a los simplemente constitucionales (además de a los deberes) y, por tanto, al derecho a la salud, que técnicamente no es un derecho fundamental, sino un principio. Conviene tener en cuenta que el que este precepto se refiera exclusivamente a una intervención normativa no puede hacernos olvidar que, en el plano institucional, las leyes son instrumento de una política concreta, cuyo objeto es asegurar la igualdad efectiva en el disfrute de las prestaciones del Estado social, en este caso de la asistencia sanitaria.

De manera que, en los términos que hemos visto aquí, cabe la utilización del artículo 149.1.1ª para llevar a cabo una normación que, dado su carácter general, corrobora otros títulos de intervención sobre el derecho a la salud, a cargo del Estado central, en el aseguramiento de la igualdad, que no identidad, del disfrute de dicho derecho constitucional. Tal intervención normativa se produce, a través de la vía legislativa o reglamentaria, en cumplimiento de una política sanitaria, contemplada implícitamente en la función directiva del Gobierno que nuestra Constitución atribuye al Ejecutivo de la Nación.

La condición supletoria del Derecho del Estado (art. 149.3 CE), de otro lado, no parece ofrecer atribuciones específicas a los órganos centrales en materia de Sanidad, de manera que se altere la doctrina sobre la supletoriedad establecida por el Tribunal Constitucional. Para este órgano jurisdiccional, la “cláusula de supletoriedad” es una norma de cierre cuyo objeto es realizar el principio de plenitud del ordenamiento jurídico (STC 147/1991), pero de este principio no se deduce un título competencial para el Estado en materias de exclusiva competencia de las comunidades autónomas o en las que al Estado le corresponda la legislación básica, pues la competencia del Estado resulta sólo de títulos competenciales concretos y la cláusula de supletoriedad se dirige al aplicador del derecho, siendo así un instrumento para llenar una laguna y no un modo de compensar una ausencia de regulación (STC 118/1996).

3. Títulos explícitos sobre la materia sanitaria de los diversos órganos públicos

3.1 El derecho constitucional a la salud

Podríamos pasar de la consideración de los títulos de intervención que llamaríamos sistémicos, esto es, implícitos –de acuerdo con determinaciones de nuestro orden constitucional o como integrantes necesarios de cláusulas no específicas de la Constitución–, al análisis de las decisiones explícitas o relativas, directamente, a la Sanidad. La significación de estas cláusulas o su utilización, en concreto a la hora de servir de justificación de las diversas decisiones sobre el particular, ha variado en relación con la configuración del sistema sanitario a medida que se ha producido una apreciable concentración de las prestaciones por parte del servicio de salud (Insalud) y se ha generalizado la asunción de los servicios de salud por parte de las comunidades autónomas, una vez que se han verificado las correspondientes transferencias de las competencias al respecto⁷. De manera que, como advertíamos con anterioridad, el estudio de las cuestiones referentes al servicio público de la salud en nuestro país debe abordarse con un enfoque dinámico, que tenga en cuenta la descentralización del marco en que se presentan.

Sin contradecir lo que acabo de afirmar, la justificación de cualquier intervención pública en el terreno de la Sanidad, sea cual sea la condición del órgano o poder que la lleve a cabo –estatal, autonómico o municipal– y tenga dicha intervención una condición normativa o no, remite, sin duda, al derecho a la salud que afirma el artículo 43 CE, cuyo apartado 1º reconoce “el derecho a la protección de la salud”.

Es preciso que nos detengamos un momento en la caracterización del derecho constitucional a la salud en la medida en que la misma determina, en primer lugar, la importancia del derecho de que estamos hablando y, por consiguiente, la organización de un servicio público para asegurar su prestación, en términos de suficiente eficiencia, generalidad y homogeneidad.

El derecho a la salud es un derecho constitucional, consistente en un conjunto de atenciones sanitarias, de carácter preventivo o reparador –principal pero no exclusivamente–,

⁷ Pemán Gavín (2005a).

reconocidas con carácter universal en dicho nivel normativo máximo. Es importante observar que materialmente, es decir, por lo que tiene que ver con la relevancia de su contenido, se trata de un derecho fundamental en la medida de la relación de dicho derecho con la dignidad de la persona, de manera que alguien a quien no alcanzara una protección de su salud en grado suficiente debería considerarse como tratado indignamente y obstaculizado gravemente en su desarrollo como persona. Ciertamente, la dignidad (quiero decir, las exigencias de la dignidad) es un concepto dinámico, cuyo significado o interpretación no puede ser establecido en términos categóricos y necesariamente constantes⁸; pero en el momento actual del Estado social no parece dudoso afirmar que el reconocimiento efectivo –esto es, la protección– de la dignidad comprende también el derecho a la salud.

Se trata, como decíamos, de un derecho, en principio –y con reserva de las matizaciones que establezcamos en su momento–, de acuerdo con su regulación legal, de todos, en función de su relación con la dignidad de la persona. La mera constitucionalidad del derecho afecta, desde luego, a su protección institucional, de manera que su desarrollo no requiere de ley orgánica ni, en principio, dispone de protección jurisdiccional especial, de modo singular, a través del amparo. Así pues, sólo forzosamente me resisto a negar la condición de fundamentales a los derechos sociales, si tienen la estructura normativa que corresponde a las cláusulas que reconocen este tipo de figuras. En todo caso, es cierto, son derechos reconocidos en términos legales (pero en la práctica todos los derechos son de configuración legal) con deficiente estructura constitucional y, desde luego, sin protección jurisdiccional especial.

Pero lo que es obvio es que estamos ante un verdadero derecho, con un contenido determinable, utilizando la cláusula de su reconocimiento al menos como parámetro negativo, y que obliga a ser respetado en su contenido por el legislador. No es, por tanto, un principio –a pesar del rótulo del capítulo III del Título I CE en que se encuentra ubicado– que obligue como mero programa a quien sea el legislador o el juez que lo desarrolle.

Se trata de un derecho, además, en lo que podríamos considerar dependencia sistémica, vinculado a otros derechos fundamentales o meramente constitucionales. El derecho a la salud se relaciona, en efecto, con el derecho a la vida y el derecho a la integridad física y moral del artículo 15 CE, y en un plano horizontal y complementario con la obligación

⁸ Obligadamente, desde un punto de vista constitucional, se ha de partir de una idea “elemental” de la dignidad de la persona, cuyo alcance efectivo dependerá en cada caso de circunstancias históricas o temporales, habida cuenta de su clara dependencia situacional. Ese mínimo invulnerable y constante, “cualquiera que sea la situación en que se encuentre” (STC 120/1990), de exigencias derivables de la dignidad de la persona consiste en el derecho de toda persona a un trato que no contradiga su condición de ser racional igual y libre, capaz de determinar su conducta en relación consigo mismo y su entorno. De otro lado, el respeto de la dignidad de todo hombre impide tratarlo como un objeto o instrumento de parte del Estado o los demás, convirtiéndolo en mera entidad sustituible.

del Estado de atender a los problemas de salud de los ancianos (art. 50 CE) o proteger a ese respecto a consumidores y usuarios (art. 51 CE).

Nuestra insistencia en la caracterización del derecho a la salud como verdadero derecho constitucional (materialmente fundamental) tiene como objeto justificar la contribución de los poderes públicos en la determinación del régimen del derecho y la organización de su prestación a través de una determinada forma, que es básicamente el servicio de salud. No es, por tanto, cuestión, en este momento, de reparar en la calidad de quien lleva a cabo la regulación o preste el servicio, estemos hablando de su nivel, legislativo o reglamentario, o de su condición, autonómica o no. En particular, de la caracterización del derecho a la salud como derecho constitucional se sigue la necesidad del rango suficiente para las normas que especifiquen el contenido del derecho, el acceso universal a las prestaciones al respecto y, por tanto, la justificación del servicio público como modo de realizarlas; merece, asimismo, tenerse en cuenta que se atribuya al Estado central, como ya sabemos, la garantía de la regulación del derecho, de modo que se asegure las mismas condiciones de su ejercicio en todo el territorio nacional. Veamos a continuación estas cuestiones con algún detalle.

La norma que especifica el tipo de prestaciones en que consiste el derecho a la salud es la actual Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que, en lo que aquí interesa, sustituye al Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de las Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud⁹. Esta norma, la LCCSNS, además de propiciar una mejor cobertura de las prestaciones a que da lugar el artículo 43 CE, incorporar nuevas asistencias –como la de la salud pública o protección socio-sanitaria– y sustantivar la atención de urgencia¹⁰ –diferenciándola de los servicios de atención primaria y de atención especializada a que se encontraba vinculada en la regulación anterior–, aporta mayor seguridad respecto de las obligaciones sanitarias¹¹, ya que su detalle legal reduce las oportunidades de la determinación judicial. En concreto, esta ley ofrece unos criterios para la configuración de la asistencia sanitaria por medio del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, esto es, determinadas “prestaciones de salud pública, de atención primaria, de atención especializada, de atención socio-sanitaria, de atención de urgencias, farmacéuticas, ortoprotésicas, de productos dietéticos y de transporte sanitario” (art. 7.1.2 LCCSNS) y la cartera de servicios. La cartera de servicios, por su parte, es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos (entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica) mediante los cuales se hacen efectivas las prestaciones sanitarias (art. 20 LCCSNS).

⁹ Me remito, en general, a los trabajos citados de los profesores M. Vaquer y J. M. Pemán. Asimismo, a los trabajos integrados en el libro editado por L. Parejo, F. Lobo y M. Vaquer (2001).

¹⁰ Esto es, la prestada al paciente “cuando su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata”, dispensándose “tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente, durante las veinticuatro horas del día, mediante la atención médica y de enfermería”.

¹¹ Ello es especialmente claro en la regulación a que se procede en el caso de la atención primaria o la definición de la prestación sanitaria.

Es importante recalcar el carácter dinámico de la estipulación de las prestaciones sanitarias: su catálogo puede ser ampliado por ley; mientras que, en el caso de la cartera de servicios, se hace por norma reglamentaria. Es necesario, asimismo, subrayar que la normativa que determina el catálogo y la cartera, aunque se trate, en ambos casos, de una norma estatal, no impide modalidades y complementos que puedan establecer las comunidades autónomas, salvando el principio de igualdad constitucional y las exigencias de coherencia que formula la propia Ley 16/2003.

Podríamos decir que el catálogo de prestaciones fija, con rango legal, la estructura básica y el contenido fundamental de nuestro servicio público de asistencia sanitaria, prestaciones que pasan a ser detalladas en el catálogo de servicios, en el nivel reglamentario, estatal o autonómico. Es entonces en el plano del desarrollo reglamentario, esto es, en la “cartera de servicios”, donde se concretan las diversas técnicas, tecnologías o procedimientos –diagnósticos, terapéuticos o rehabilitadores– incluidos en la asistencia sanitaria pública, fijándose el contenido efectivo de las prestaciones, “el catálogo de prestaciones en un sentido exhaustivo o de detalle”. No hay entonces, queremos subrayarlo, diferencia cualitativa entre el catálogo de prestaciones y el de servicios, sino relación de complementariedad y grado diverso de densidad normativa.

Como hemos señalado, la cartera de servicios es establecida en su contenido necesario por la correspondiente norma estatal, pudiendo ser completada, pero no reducida, por la regulación autonómica. El artículo 20.2, 2º párrafo, de la LCCSNS determina que las comunidades autónomas podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios, “que incluirán cuando menos la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud”.

Al lado de enumerar las prestaciones y servicios del Servicio Nacional de Salud, es muy importante hacer mención a las garantías que en la Ley se establecen para asegurar un eficiente nivel asistencial, referentes a la accesibilidad (art. 23), movilidad (art. 24), de tiempo (art. 25), de información (art. 26), de seguridad (art. 27) y de calidad (art. 28). Todas estas garantías refuerzan la unidad del sistema, pero quizás se encuentran especialmente ligadas a la cohesión del mismo las de interterritorialidad y calidad¹².

La interterritorialidad del sistema garantiza la asistencia a todos los ciudadanos en el territorio nacional, sin atención a su procedencia. Ello refuerza la posición de los desplazados, cuya atención igualitaria se ve favorecida por la implantación de las nuevas tarjetas individuales. La garantía de los servicios de referencia asegura el acceso a centros especializados, con independencia de su ubicación, a todos los beneficiarios del Servicio Nacional de Salud.

La configuración del derecho a la salud como verdadero derecho constitucional exige entenderlo como derecho de todos, condición que no puede negársele como derecho direc-

¹² Pemán (2005b).

tamente relacionado, según veíamos, con la dignidad y el desarrollo de la persona. Esta titularidad universal era reconocida en la Ley 14/1986, de 25 de abril (Ley General de Sanidad) (art. 1.2), y resulta ratificada en la Ley de Cohesión, en sus artículos 2.1 (se reconoce como principio que informa la ley “el aseguramiento universal y público –del derecho a la salud– por parte del Estado”) y 3. El problema estribaba en que –aunque reconocidas en el plano normativo por la Ley General de Sanidad de 1986– hasta que se reforman los estatutos de autonomía del artículo 143 y se verifican a finales del año 2001 los trasposos de competencias y se extingue el Instituto Nacional de Salud¹³, las prestaciones sanitarias alcanzaban, exclusivamente, a los cotizantes de la Seguridad Social y cubrían, en principio, sólo enfermedades relacionadas (en su génesis o manifestación) con las condiciones laborales; basándose su financiación exclusivamente en la aportación de cuotas de los trabajadores.

Hoy, el Servicio Nacional de Sanidad, si bien no ha acabado con algunas especificidades en relación con las prestaciones sanitarias de algunos colectivos –como los funcionarios, civiles o militares–, respecto de la modalidad de la prestación sanitaria tiene unas características que, en buena medida, niegan las bases del Insalud, denominación que recibe la entidad gestora de la Seguridad Social de 1978 y que se basaba en la cobertura de los riesgos, acotados, según veíamos, a través de las aportaciones de los trabajadores cotizantes. En la actualidad, como sabemos, la cobertura no se limita a los cotizantes, sino que, progresivamente, aspira a ser universal y en relación con todo género de deficiencias de salud, por tanto, con carácter global y no profesional, y su base económica no tiene carácter contributivo, pues los diversos sistemas de salud se financian mediante los presupuestos generales.

La accesibilidad universal del derecho a las prestaciones del Servicio Nacional de Salud implica el reconocimiento del derecho a la salud de todos, en términos efectivos, y con un contenido uniforme en todo el territorio nacional. De manera que los extranjeros (como los españoles) son “titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria”, según los términos de la Ley de Derechos y Libertades de los Extranjeros, artículo 12, fuera de lo que resulte de los tratados suscritos y lo que, en su caso, establezca el Derecho comunitario. Esta ley reconoce un derecho a la asistencia sanitaria en términos de absoluta paridad con los españoles, sin condición alguna, a los menores de dieciocho años y a los mayores, si se encuentran empadronados, a no ser que se trate de supuestos de urgencia en caso de accidente o por la contracción de enfermedades graves.

A pesar de lo dicho, hasta este momento hay una tensión, que no acaba de ser superada y que se arrastra desde la anterior Ley General de Sanidad, entre la titularidad universal del derecho a la salud y el acceso efectivo a las prestaciones de la Sanidad pública. A este

¹³ Hasta ese momento coexisten el Insalud (como Instituto Nacional de Salud con proyección sobre las comunidades autónomas que no han recibido las transferencias en Sanidad) y los servicios autónomos de salud, con denominaciones y regulación diversas, y dependientes de sus propias administraciones.

respecto, pueden ser consideradas diversas perspectivas. En primer lugar, la ruptura con la base del sistema de asistencia sanitario en la Seguridad Social no se ha producido. En efecto, la titularidad competencial del Estado, invocada por la propia LCCSNS, alude a las competencias estatales sobre la Seguridad Social en diversas ocasiones, comenzando por el Preámbulo de la Ley, donde se recuerda la competencia del Estado “sobre la legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social” (art. 149.1.17ª CE), además de la relativa a “las bases y coordinación general de la Sanidad” (art. 149.1.16ª CE). De otro lado, el sistema de cobertura de diversas modalidades de asistencia sanitaria, como ocurre en el caso de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, sigue siendo el tradicional de la Seguridad Social, y determinadas variantes de la asistencia sanitaria, propias de diversos colectivos de funcionarios, se prestan en el marco de los regímenes especiales de Seguridad Social. Por ello, la Ley de Cohesión, en su disposición adicional 5ª, se cuida de extender la exigencia de la cartera de prestaciones y las diversas garantías de las asistencias a las “mutualidades, entidades colaboradoras y mutuas con responsabilidad de asistencia sanitaria pública”.

La diferenciación entre la universalización del derecho a la salud y su acceso efectivo explica que no se haya consagrado¹⁴, entre los principios generales a que se refiere el artículo 2 de la Ley, el de la financiación pública del Sistema Nacional de Salud, de forma que no queden excluidas, en la medida en que ello no cuestione la garantía del Estado de un Servicio Nacional de Salud y las exigencias del principio de igualdad, fórmulas de copago, aunque se refieran las mismas a determinadas aportaciones en relación con los medicamentos e incluso al acceso a determinados servicios.

En relación con esta problemática, hay que hacer referencia al hecho de que la ley confirme el derecho a la asistencia médica únicamente en los centros y servicios públicos, propios o concertados, del Sistema Nacional de Salud, lo que excluye de los gastos derivados de la atención sanitaria prestada en establecimientos sanitarios privados, en principio, el derecho de reembolso, salvo en los supuestos de riesgo vital y probándose que no se pudieron utilizar los servicios del Servicio Nacional de Sanidad.

Lo que resulta llamativo es la insistencia legal en la efectividad del derecho a la salud y a la igualdad de prestaciones en todo el territorio. No podía ser de otro modo, pues no se conciben, en un verdadero Estado de derecho, derechos simplemente reconocidos, pero sin vigencia efectiva y, de otro lado, estamos hablando de prestaciones a cargo de administraciones públicas, de las que dependen los diversos sistemas de salud sometidos, por tanto, a las exigencias del principio de eficacia a que se refiere el artículo 103 de nuestra Constitución; también, la propia admisión de un Sistema Nacional de Salud como complejo asistencial sanitario implica una estructura global y homogénea que no tolera asimetrías organizativas ni desequilibrios funcionales, lo que pondría en cuestión princi-

¹⁴ Como pone de manifiesto, asimismo, el profesor Pemán en su trabajo citado en la nota nº 12.

pios básicos constitucionales, como el de igualdad en su dimensión individual y territorial (arts. 14 y 138.2 CE).

Así pues, lo importante es que estos principios, como criterios de interpretación o de actuación institucional, se han traducido en normas legales, cuya vinculación, si no más fuerte que la de aquel tipo de normas abiertas, es más clara e inmediata. El artículo 23 de la Ley de Cohesión garantiza, en efecto, el acceso de los usuarios a las prestaciones reconocidas en esta ley “en condiciones de igualdad efectiva”, y el artículo 24 asegura en todo el territorio nacional a todos los usuarios “el acceso a las prestaciones sanitarias reconocidas en esta ley”, reiterando para los desplazados, en términos generales, la asistencia, según el catálogo de prestaciones y con idénticas garantías.

A asegurar estas condiciones de igualdad, teniendo en cuenta la reiteración de la prohibición de ningún tipo de discriminación (art. 3) respecto de cualquier colectivo que tenga especial dificultad de acceso efectivo a las prestaciones sanitarias, se dedica, como sabemos, el Fondo de Cohesión, que se menciona en la disposición adicional 4ª y cuya finalidad es “garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español”.

3.2 El derecho a la salud garantizado a través de la organización de un servicio público

Una última cuestión a tener en cuenta se refiere a la decisión de organizar la asistencia sanitaria, como modo de satisfacer el derecho constitucional a la salud, como servicio público cuya gestión directa se asume por las comunidades autónomas, realizadas ya las transferencias sanitarias tras las correspondientes reformas estatutarias y superada, por tanto, la fase transitoria en la que convivían diversos servicios sanitarios autonómicos y el Insalud, y que ha sido aludida con anterioridad.

Entonces, lo que corresponde a los poderes públicos (autonómicos) no es la garantía del derecho de prestación, atribuyéndoles cierta facultad en la designación de su concesionario o en el control de los sujetos privados que las llevarsen a cabo, sino la gestión directa, a través de la creación de los diversos organismos autonómicos, de dichas prestaciones. La decisión de asumir la organización de la Sanidad como servicio público se encuentra plenamente justificada, desde un punto de vista político, en nuestro Estado social. De otro lado, la cobertura, como garantía institucional, de la Seguridad Social (una de cuyas dimensiones era la asistencia sanitaria) hacía, en realidad, imposible contemplar otra organización de las prestaciones sanitarias que no fuera mediante el Servicio Público Nacional.

Evidentemente, la gestión de la Sanidad por los servicios autonómicos correspondientes no agota la actuación administrativa en este sector, de manera que hay competencias de

regulación y control, en relación con el aseguramiento de las prestaciones sanitarias llevadas a cabo por agentes privados, pero sí determina un protagonismo público, primero en la regulación de la asistencia sanitaria y después, como decimos, en su gestión, dadas las facultades en la organización del servicio de las prestaciones que corresponden a la administración sanitaria, esto es, determinación del carácter de quien presta sus servicios, facultades de dirección de los centros, garantía de la igualdad y gratuidad de la asistencia, etc.

Desde luego, no parece discutible, en relación con la Sanidad, la aceptación de la idea de servicio público; en primer lugar por razones objetivas, pues la regulación y organización de determinadas prestaciones, precisamente las que satisfacen ciertas exigencias generales, como pueden ser la Educación o la Sanidad, parecen estar en la base no sólo de la legitimación, sino de la propia existencia de la Administración. Así, la función de la Administración consiste en la gestión de los servicios públicos. Precisamente, el servicio público existe, decía Jéze, “para dar satisfacción regular y continua a cierta categoría de necesidades de interés general”¹⁵.

Como sabemos, la organización de las prestaciones sanitarias a través de un servicio público impone una organización integrada que, con independencia del grado de regulación normativa y la técnica de su constitución y funcionamiento, a través de la gestión directa o concertada, la concesión o la autorización, alcance determinadas exigencias de unidad, interdependencia y eficiencia. Claramente lo establece la STC 32/1983, según la cual es exigencia constitucional “que exista un sistema normativo de la Sanidad nacional, puesto que los derechos que en tal sentido reconoce la Constitución en los artículos 43 y 51 o, complementariamente en otros, como el 45.1, que reconoce el derecho que todos tienen a disfrutar de un medio ambiente adecuado para el desarrollo de la persona, pertenecen a todos los españoles y a todos se les garantiza por el Estado la igualdad en las condiciones básicas para el ejercicio de los mismos: en igual sentido hay que interpretar las disposiciones constitucionales, no en balde situadas en este mismo contexto, relativas a la regulación por ley del comercio interior y del régimen de autorización de productos comerciales, pues dada la unidad del mercado, la libre circulación de bienes y la indudable incidencia que en la salud de los ciudadanos pueden tener determinados productos, es obvio que todo ello debe estar integrado en el mismo sistema normativo” (fundamento jurídico 2º).

En términos de estricta técnica interpretativa constitucional, hay otros dos argumentos que están a favor de la organización de la asistencia sanitaria como servicio público. El primero tiene carácter claramente estimulativo, mientras el segundo, en cambio, elimina o minimiza algunas objeciones impeditivas a dicha consideración servicial. En efecto, una vez admitida la figura de la garantía institucional para la Seguridad Social (SSTC

¹⁵ Véase Rebollo, L.M. (1983), y Chinchilla, C. (1997).

103/1983 y 65/1987), y aceptándose, en los términos que hemos establecido, una continuidad entre la Seguridad Social y el Sistema Nacional de Salud, resultaría, en lo que se refiere a la prestación de la asistencia sanitaria, que la misma ha de llevarse a cabo a través de un servicio público; aunque ahora la actividad prestacional no corresponda a la Seguridad Social, sino al Sistema Nacional de Salud, pero organizado, como decimos, sobre las pautas de un servicio público.

En segundo lugar, es tradicional, en el nivel doctrinal, la reticencia sobre la organización de un servicio público para la satisfacción de un derecho fundamental. Después de todo, los derechos fundamentales están contruidos sobre la pauta de la autonomía y admiten de mala gana la relativización que su orientación a fines supondría, resultando patente el riesgo de instrumentalización derivado del reconocimiento de una intervención del legislador en su definición y de la Administración en lo que se refiere a su ejercicio. Desde mi punto de vista, los supuestos de estas objeciones son claramente atribuibles a una concepción exclusivamente liberal de los derechos fundamentales, que ignora la necesaria configuración legal de todos ellos –aunque esa configuración, evidentemente, no se produzca en el mismo grado en todos los casos– y la obligada procedimentalización de muchos de ellos, si se quiere asegurar su eficacia o la efectiva normatividad de las cláusulas que los reconocen. Pero, sobre todo, lo que ocurre, como ya hemos dicho, es que el carácter fundamental del derecho a la salud sólo puede afirmarse parcialmente, esto es, materialmente; pero en términos estrictos, dada su eficacia y su deficiente protección jurisdiccional, el derecho a la salud no es un verdadero derecho fundamental.

Lo importante es comprender que la caracterización de la Sanidad como servicio público no implica aceptar todos los planteamientos y consecuencias que esta figura ha conllevado, tradicionalmente, en el Derecho administrativo, como “actividad monopolística y excluyente, que utiliza un procedimiento de Derecho público exorbitante del Derecho común, llevada a cabo de modo regular y continuo y, finalmente, generando un derecho abstracto a las prestaciones”. Hoy, según hemos dejado sentado, la conceptualización de una actividad como servicio público (en este caso la prestación de la asistencia sanitaria) lo que supone es una ordenación regulativa especialmente intensa, que trata de asegurar unos estándares de eficiencia, igualdad y continuidad que, desde luego, alcanzan al plano del trato normativo del sector y la disposición de facultades de control administrativo, pero que no conllevan, necesariamente, la reserva de la gestión del servicio a la propia Administración, que puede desprenderse de la misma –a través de la autorización o la concesión– o admitir, mediante conciertos, la colaboración de la “mano privada” en dicha actuación asistencial. De modo que lo relevante para calificar una actividad como servicio público no es ya la asunción de su titularidad por el Estado, sino el sometimiento de la misma a la programación, al control y a la dirección de la Administración pública.

4. Títulos competenciales sobre la Sanidad en el Estado autonómico

Elucidada la caracterización del derecho a la salud como un derecho constitucional universal que da lugar a determinadas prestaciones llevadas a cabo en régimen de servicio público, la cuestión es determinar a qué tipo de poder se refiere la intervención al respecto.

El título preferente (no el exclusivo, pues ya hemos indicado cómo la vinculación de la asistencia sanitaria con la Seguridad Social tiene alguna persistencia en la actualidad, de modo que pueda basar intervenciones al respecto, y cabría complementar la materia Sanidad en relación con la Sanidad exterior o la legislación sobre productos farmacéuticos) es el que atribuye al Estado la competencia exclusiva sobre las “bases y coordinación general de la Sanidad” (art. 149.1.16ª CE).

4.1 La determinación de lo básico como título preferentemente normativo en materia de Sanidad

En una primera aproximación, conviene decir que la expresión bases atribuye facultades de índole normativa al Estado central, de modo predominante, pero no exclusivamente. Así, se puede distinguir el caso de la Sanidad de otros supuestos que se refieren exclusivamente a potestades normativas, como los contemplados en el art. 149.1.17ª CE, que atribuye al Estado central el establecimiento de la legislación básica sobre el medio ambiente o las bases del régimen jurídico de las administraciones públicas (149.1.18ª CE). La coordinación general, en cambio, se refiere preferentemente a actuaciones ejecutivas, con el alcance que veremos. Pero es importante señalar que los términos de la coordinación, esto es, los instrumentos y las garantías con que se lleva a cabo, pueden ser objeto de la regulación básica que corresponde al Estado central y que la determinación de lo básico, en algún caso concreto, bien que excepcional, puede consistir en una operación de coordinación. Veámoslo, a continuación, con mayor detenimiento.

Como se sabe, la división de una materia entre una zona común y otra a disposición de cada comunidad autónoma, esto es, entre el establecimiento de las bases y las normas de desarrollo, es el modelo de distribución, de ordinario meramente normativa, de la regulación de las materias en nuestro ordenamiento complejo. Las bases, a cargo del Estado central,

aseguran el elemento constante en la regulación de la materia y, por lo general, se refieren a las líneas maestras garantes de la unidad del régimen de una materia; pero, a veces, la regulación a que se procede de una materia no tiene este carácter principal y general, sino que puede referirse a la regulación completa de un elemento, aunque necesariamente nodal, del ámbito en cuestión. El establecimiento de las bases determina el tope, pero, también, el fundamento de la normación a que se proceda, esto es, completando las normas de desarrollo. En efecto, la legislación básica se caracteriza por establecer los criterios fundamentales que aseguren la unidad normativa indispensable del sector o la actividad objeto de regulación: “las bases manifiestan los objetivos, fines y orientaciones generales sobre todo el Estado, exigidos por la unidad del mismo y por la igualdad sustancial de todos sus miembros”. Negativamente, las bases establecen un tope que el legislador autonómico no puede traspasar: “lo básico constituye el límite dentro del cual tienen que moverse los órganos de las comunidades autónomas dentro del ejercicio de sus competencias” (STC 25/1983).

Conviene tener en cuenta que las bases deben dejar suficiente espacio de desarrollo normativo por parte de las comunidades autónomas, de manera que las bases no pueden agotar la materia, ni proceder a una regulación de detalle que “ahogue” la regulación de desarrollo. En concreto, las normas de desarrollo han de permitir llevar a cabo el desarrollo de una política legislativa propia por parte de las comunidades autónomas. Sin duda, la actuación vertebradora que el Estado central ejerce, mediante la legislación básica, no puede conferir a las instancias autonómicas una actuación meramente auxiliar, que impida el desempeño, por su parte, de una política normativa propia (de modo que la colaboración entre el legislador central y el autonómico se asemeje al tipo de relaciones subyacentes a la dualidad jerárquica de ley y reglamento). El establecimiento estatal de las bases tampoco “puede llegar a tal grado de desarrollo que deje vacía de contenido la correlativa competencia de la comunidad” (STC 32 /1981).

Respetado un espacio suficiente para el seguimiento de una política propia, la determinación de lo básico puede fluctuar según sea la actitud, digamos, centralista o autonomista del legislador estatal: será el Tribunal Constitucional quien, eventualmente, decida el respeto o el desbordamiento del ámbito de la ley básica. El carácter normativo de la Constitución, cuya eficacia depende necesariamente de la voluntad del constituyente y no puede ser obstruida por la del legislador ordinario, impuso, al menos provisionalmente, una idea material de las bases, de modo que el legislador autonómico pudiese encontrar el derecho básico, aun sin la existencia de leyes formales y expresamente de tal carácter, en el derecho anterior.

Aunque la problemática de las bases es mucho más prolongada¹⁶, a nuestros efectos puede bastarnos con lo señalado, junto con o dos o tres observaciones adicionales. En primer lugar, como acabamos de decir, la determinación de lo básico, admitida la garantía de la

¹⁶ Jiménez Campo (1989:147-8) y Solozábal (1998:147-8).

delimitación por el Tribunal Constitucional, depende de una decisión de las Cortes. Esta decisión, si bien es jurídicamente lícita, precisamente con el límite de la adecuación constitucional, es perfectamente reversible. La legislación de desarrollo incompatible con la nueva definición de lo básico quedará desplazada, de manera que una nueva rectificación de lo básico produciría la plena puesta en vigor de aquel derecho de desarrollo cuya vigencia ha quedado meramente suspendida. La corrección de la determinación de lo básico depende entonces, exclusivamente, de la decisión política de las Cortes, admitida su corrección jurídico-constitucional, sólo constatable si hay un pronunciamiento de tal naturaleza.

En segundo lugar, la división del campo normativo entre leyes básicas y leyes de desarrollo, debido a la formulación, preferentemente, principal de lo básico, impide una comprensión espacialista, separada, entre la legislación básica y la de desarrollo, de manera que, en concreto, la división entre lo básico y el desarrollo tuviese una mera eficacia respecto de terceros, o general, pues las bases son una guía que ha de penetrar, necesariamente, la regulación por parte de las comunidades autónomas.

De manera que, recapitulando, en relación con la materia Sanidad nos interesa retener, en primer lugar, que la atribución constitucional de las bases, si bien no impide una actuación no normativa, supone la competencia del legislador estatal para establecer el régimen u ordenación fundamental de la materia, garantizando los elementos de uniformidad del sistema sanitario español y asegurando unas estructuras organizativas comunes, así como un nivel de prestaciones en todo el sistema nacional. Como hemos señalado, la ordenación fundamental se determina en función de la competencia del Estado –pero sin demérito de su completamiento por parte de las leyes de Sanidad de las comunidades autónomas–, de llevar a cabo una política sanitaria propia dirigida por el Gobierno. Tal ordenación fundamental no tiene por qué adoptar una opción de “mínimos” o ser formulada en términos “principalistas”. Tampoco su formulación, según hemos adelantado, es ni permanente, en el sentido de inmodificable, ni irreversible, en el sentido de no admitir un redimensionamiento a favor del Estado central.

4.2 La coordinación general de la Sanidad

A) Como fórmula cualificada de colaboración obligatoria y con una posición superior del Estado. Su alcance concreto

Por lo que se refiere a la coordinación, las cuestiones que se presentan para entender este título de atribución competencial no son pequeñas, aunque creo que son superables de modo progresivo. Como señalaba con anterioridad, la competencia sobre coordinación general, que sin duda puede dar origen a actuaciones de tipo normativo, apunta también a actuaciones de índole ejecutiva; no hay, tampoco, ningún obstáculo para que tal tipo de facultades,

como la organización de los entes que las llevan a cabo, se contemplen precisamente en el establecimiento de las bases, como ocurre con la Ley de Cohesión en relación con el Consejo Interterritorial de Salud¹⁷.

La coordinación, sea cual sea su alcance y los medios y procedimientos a través de los que opera, requiere de alguna precisión categorial. Sintéticamente, diría que se trata de una variedad de colaboración consistente en una relación multilateral, que puede ser impuesta y con la dirección y preeminencia del Estado. La cooperación, en cambio, sea bilateral o multilateral, tiene carácter voluntario y busca la concertación en la igualdad.

Así, la coordinación va más allá de la “lealtad federal”, que equivale al ejercicio de competencias del Estado y los elementos integrantes, teniendo en cuenta sus posiciones respectivas y el mejor funcionamiento del conjunto o lo que, para referirse a la colaboración administrativa, la Ley 30/1992, LRJAP-PAC (BOE 285, de 27.11.1992), llama, en su artículo 4º, “lealtad institucional”. No estamos hablando de un principio funcional del Estado autonómico, entendido de modo formal y que puede dar lugar a un deber, de carácter cuasipolítico, de ayuda mutua y de información (bien descrito, por cierto, en la STC 80/1985, fundamento jurídico 2, cuando se deduce, en línea con la STC 76/1983, que del deber de colaboración se desprende “la obligación para las autoridades estatales y autónomas de suministrar recíprocamente información y proporcionar recíprocamente auxilio”); criterio de colaboración que persigue “la integración de las diversas partes en un conjunto unitario, exigiéndose las medidas necesarias y suficientes para lograr tal integración” (STC 144/1985, fundamento jurídico 4).

Estamos hablando, entonces, de una idea fuerte de la colaboración, de la coordinación, no como principio de comprensión y funcionamiento del Estado, sin constancia constitucional concreta, sino de un preciso título competencial en los tres casos establecidos de “coordinación de la actividad económica”, “investigación científica y técnica” y “Sanidad”.

Naturalmente, la atribución de la competencia de la coordinación general debe entenderse como obligatoria, con independencia de que su ejercicio ordinario se lleve a cabo de modo voluntario, pues, de otro modo, la disposición de una facultad del Estado dependería de la voluntad de las comunidades autónomas, frustrándose, así, la normatividad constitucional. La coordinación implica una posición de dirección o preeminencia del titular de dicha competencia. Como ha advertido el Tribunal Constitucional respecto de las relaciones interadministrativas de las corporaciones locales (STC 109/1998), “ya hemos tenido ocasión de señalar que las facultades de coordinación conllevan un cierto poder de dirección consecuencia de la posición de superioridad en que se encuentra el que coordina respecto del coordinado”, lo que, eventualmente, puede llevar a establecer unilateralmente medidas armonizadoras destinadas a la más eficaz concertación de la actuación de todos los entes involucrados.

¹⁷ Menéndez Rexach (1994).

Cierto que estas medidas de armonización deben tener, a la hora de establecer su concreto alcance, algunas exigencias que den cuenta de sus límites necesarios y de sus aceptables posibilidades.

En relación con el primer tipo de exigencias, las medidas de armonización (y prescindimos aquí de las que puedan plantearse en el nivel normativo, a atender mediante los instrumentos de la legislación básica y, excepcionalmente, de las propias leyes de armonización), como corresponde al Estado autonómico, no pueden convertir a las comunidades autónomas en entes subordinados del Estado central, ni proceder a una rectificación de las competencias de éstas o a impedirles, de hecho, su ejercicio. No se trata, entonces, de menoscabar las competencias de las comunidades autónomas, sino de maximizar su eficacia (de conjunto).

Por lo que se refiere al alcance concreto de las medidas de armonización, parece correcto someterlas a un doble test de eficacia y proporcionalidad, aceptando, dentro de este criterio, lo que tradicionalmente suele considerarse su primer elemento, esto es, la necesidad. La eficacia es un principio obligatorio para la Administración, mientras que el estatuto constitucional de la proporcionalidad es menos evidente, pues, como se sabe, no hay constancia explícita de tal criterio, aunque puede considerarse un subprincipio del Estado de derecho o encontrarse implícito en la “interdicción de la arbitrariedad” (art. 9 CE) o el principio de la “igualdad en la ley” (art. 14 CE). De manera que no podrían incluirse, en las medidas de coordinación, sino las eficaces –pensando en su necesidad para la integración del sistema–, las adecuadas o tendentes a la consecución de los objetivos del conjunto, y las menos restrictivas que, sin demérito de su necesidad y adecuación, se considerasen más respetuosas con la posición de las comunidades autónomas y la defensa de sus competencias.

Pero, ¿qué tipo de intervención supone la coordinación? Sin duda, una actuación de tipo ejecutivo, aunque no quepa ignorar su dimensión normativa. En primer lugar, porque, como hemos señalado ya, los términos de la coordinación o facultades concretas en que se manifiesta pueden ser objeto de la legislación básica. Ocurre, entonces, que la ley básica se refiere, precisamente, a los ámbitos materiales y procedimientos de la coordinación, como veremos sucede en la Ley de Cohesión –cuyo objeto temático más importante es el Consejo Interterritorial, órgano a través del cual se lleva a cabo la cooperación o/y coordinación–. En segundo lugar, porque el carácter ejecutivo de una competencia rebasa la mera actuación a través de actos de gestión o resoluciones administrativas singulares, concertando la actuación al respecto de las comunidades autónomas, de manera que, en este caso, la intervención de coordinación se agotaría en una competencia del Gobierno central para dictar instrucciones en relación con el ejercicio de competencias también ejecutivas de las comunidades autónomas. Cabe pensar, más allá de esto, que la actividad de coordinación se plantee en términos más amplios, en una regulación reglamentaria, o que consista en la capacidad de proponer una normación general, en la fase de anteproyectos legislativos, o incluso simples borradores de futuras normas, sean éstas leyes o reglamentos.

Así pues, la coordinación es una actividad diferente del establecimiento de las bases, aunque su regulación pueda llevarse a cabo en una norma de estas características. A mi juicio, ha de asumirse una idea amplia de la coordinación a través del cual, en el caso que nos ocupa, se lleva a cabo la política de Sanidad del Gobierno, como tarea establecida, bien que implícitamente, en el artículo 97 de la Constitución.

Estas indicaciones quizás pueden servir para entender la concreción institucional u operativa del principio de colaboración en el ordenamiento sanitario, esto es, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, pero el marco normativo de la colaboración sanitaria, en realidad, requiere de algunos comentarios adicionales que muestren su inclusión en el contexto, más amplio, del juego de dicho principio de colaboración en nuestro Estado compuesto.

Cierto es que tampoco la articulación política es muy fuerte en nuestro sistema, pero, con todo, se acogen diversas manifestaciones institucionales (Senado) o normativas (legislación básica, leyes marco, leyes de delegación) que no tienen prolongación cuando se trata de la integración ejecutiva, de la que no hay constancia expresa constitucional más allá de la mención concreta, en el artículo 103 CE, a la coordinación de la actuación administrativa o en el caso en que se la entienda acogida, implícitamente, en el principio de la eficacia, al que también se refiere dicho artículo. Tal parquedad constitucional acerca de las relaciones interadministrativas no podía significar, como muy pronto lo hizo notar el Tribunal Constitucional, que nuestro sistema autonómico pudiese adscribirse a una forma política en la que no hubiese comunicación entre los diversos niveles de gobierno. La STC 18/1982 advierte de que el deber general de colaboración es principio “que no es menester justificar en preceptos concretos” y “se encuentra implícito en la propia esencia de la forma de organización territorial que se implanta en la Constitución”. Pero la falta de reconocimiento suficiente del principio de colaboración, habida cuenta de lo establecido en otras experiencias constitucionales, no dejaba seguramente de tener su etiología, quizás residente, más que en las inercias de la concepción jerárquica de la Administración central, que se esperaba habría de subsistir en el Estado autonómico, en el temor a irritar a los nacionalismos. En cualquier caso, quedaba una pesada carga de su incorporación a la legislación infraconstitucional, completada por la interpretación del Tribunal que, naturalmente, tiene sus propias limitaciones, pues ha de actuar sin apenas apoyo en el máximo nivel normativo.

La situación actual de la colaboración en el Estado autonómico deja bastante que desear como consecuencia, principalmente, de la carencia constitucional aludida, que han tratado de salvar diversos pronunciamientos jurisprudenciales, pero que, como señalábamos, no pueden abordar el juego del principio en todas sus dimensiones. La caracterización por el Tribunal Constitucional del principio general de colaboración, del que se podría deducir un deber de buena fe o lealtad institucional, así como la prohibición del abuso del propio derecho y la buena práctica de la información y ayuda entre los diversos poderes, es, se reconocerá, excesivamente vaga. Más interés parece tener el señalamiento del límite de la leal-

tad federal, que nuestro Tribunal toma del alemán, de manera que las comunidades autónomas no pueden sufrir pérdida o menoscabo de su competencias como consecuencia del ejercicio de su autogobierno.

De todos modos, es interesante señalar que el Tribunal Constitucional no se ha limitado a constatar la obligación de la colaboración cuando la misma se imponga como consecuencia de la atribución de un título de coordinación al Estado o exista, en virtud del interés que se comparta, un compromiso de concertación libremente asumido, o cuando dicha colaboración resulte de la asunción de su congruencia, diríamos institucional, con la forma de Estado autonómico, se acepte o no la referencia concreta a la vigencia de este principio en algún ordenamiento (como el alemán). Me refiero a la imposición que establece el Tribunal Constitucional en supuestos de legislación concurrente en sentido estricto, por ejemplo en materia de Cultura (STC 17/1991), o cuando incidan diversos títulos de intervención competencial en un mismo espacio físico, debiendo buscarse, en este concreto supuesto, “soluciones de cooperación dentro del respeto a las respectivas competencias, aunque es evidente que la decisión final corresponderá al titular de la competencia prevalente” (STC 70/1984)¹⁸.

En el orden legislativo, la regulación de la colaboración se centra en las decisiones sobre el régimen de las conferencias sectoriales, establecido progresivamente a través de diversos momentos, comenzando por la Ley 12/1983, del Proceso Autonómico, hasta la Ley 30/1992, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. Esta legislación, que, como digo, procura mejorar el régimen de estas conferencias en lo que se refiere a su composición, convocatoria y celebración de reuniones, sigue adoleciendo de algunos defectos que la lastran de manera inconveniente. Así, continúa faltando una regulación que establezca, con la suficiente claridad, una tipología y caracterización de las mismas, sometiéndolas a un régimen común que evite el casuismo de su regulación y que establezca mecanismos de homogeneización y coordinación entre ellas. En parte, este era el propósito, como se recordará, de la proyectada y frustrada Ley de Coordinación de 2001. La pertinencia de la regulación de la colaboración es vista de manera no coincidente por las fuerzas políticas, especialmente las nacionalistas, y por la doctrina, esgrimiéndose en ambos casos argumentos constitucionales. En la resistencia a la colaboración de tipo político se señala la insuficiente cobertura constitucional y el conflicto que se presentaría entre la existencia de un (más bien implícito) principio de cooperación y la disposición de títulos competenciales ciertos, aduciéndose también una práctica más bien centrípeta del juego de tal principio en alguna experiencia política próxima a nosotros como la alemana. Además, las fuerzas nacionalistas recelan de los foros multilaterales, más propios de esquemas federales, frente a las ventajas de las instancias bilaterales, próximas a los planteamientos confederalistas. La doctrina académica, por su parte, es más propicia a insistir en las ventajas funcionales de la cooperación y, por tanto, reconoce al legislador, por lo común, competencia para proceder a la regulación de tal principio, insistiendo, por ejemplo, en la necesidad de la

¹⁸ Salvador (1998).

integración en el plano institucional de las comunidades autónomas en el Estado español (se recuerda que, según el art. 137 CE, el Estado se organiza territorialmente en municipios, provincias y en las comunidades autónomas que se constituyan); o en la competencia del Estado central para regular las bases del régimen jurídico de las Administraciones públicas (149.1.18ª CE), que, necesariamente, han de comprender las relaciones entre las mismas cualquiera que sea su ámbito territorial¹⁹.

En este orden de cosas, nuestra legislación diferencia entre conferencias deliberantes y decisorias, pero se llega a admitir que las conferencias deliberantes alcancen acuerdos –recomendaciones– que pueden tener fuerza obligatoria para el Estado y las comunidades que las hayan aprobado. Sintéticamente, la situación puede describirse utilizando el criterio de los Acuerdos Autonómicos de 1992²⁰. Según este instrumento normativo, en las conferencias consultivas los acuerdos se toman por unanimidad. Cuando las conferencias tienen por objeto fomentar la participación de las comunidades autónomas e integrar los intereses regionales en el Estado, ha de buscarse asimismo la unanimidad, si bien el régimen de los acuerdos depende, en última instancia, del Estado. Por lo que se refiere a materias en las que explícitamente se atribuyan facultades de coordinación al Estado, se ejerce la competencia estatal sin que el consentimiento de las comunidades, expresado o no de modo unánime²¹, vincule al Poder central.

B) El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

Pero, como señalábamos con anterioridad, ya han sido utilizadas, en el caso de la Sanidad, las competencias de regulación de la coordinación, determinándose los mecanismos y procedimientos a través de los cuales dicha medida de cooperación ha de verificarse. Es entonces ya en el plano legal en el que debe estudiarse, primeramente, la configuración institucional y funcional del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud a través del que, como decimos, se ejerce la coordinación, según se contempla en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Respecto de la delimitación del campo de atribuciones del Consejo, veremos, como ocurre con otras cuestiones, que la regulación de la nueva ley, operante, por lo demás, sobre el patrón de la Ley General de Sanidad, dista mucho de ser satisfactoria. Sin duda, la base consensuada de la ley, que explica su apoyo parlamentario unánime, conllevó cierta indeterminación. Se trata, posiblemente, de una norma “tapete” o apócrifa en la que cada una de las fuerzas parlamentarias, de manera yuxtapuesta, agregó su aportación particular, lo que sin duda hizo sufrir la coherencia y, a veces, aun a intelección del contenido de la ley²². El Consejo es contemplado en la ley como órgano de coordinación sanitaria, pero las funciones atribuidas a dicha instancia no suponen la exclusividad de facultades en ese ámbito. Así, cabe una actuación del

¹⁹ Morell Ocaña (1994).

²⁰ Corcuera (1997).

²¹ Tajadura (2000).

²² Rey (2003).

Gobierno, “en situaciones de urgente necesidad”, en las que la intervención previa del Consejo es sustituida por la información respecto de las medidas que sean estrictamente necesarias (art. 65 LCCSNS). Además, como decíamos, la LCCSNS no absorbe en el Consejo todas las oportunidades de coordinación; esto ocurre, manifiestamente, con la Alta Inspección del Estado, el Consejo de Política Fiscal y Financiera y, en otro orden de cosas, el Centro Coordinador de los Comités Éticos de Investigación Clínica. De otra parte, como veremos, también son diferentes los supuestos en que se solicita la actuación del Consejo, cabiendo matizar la importancia e incluso indispensabilidad de su intervención, pues la necesidad de la misma no puede cuestionar el ejercicio efectivo de las atribuciones del Gobierno en el Sistema Nacional de Salud.

La delimitación del ámbito de atribuciones del Consejo puede llevarse a cabo distinguiendo lo que es la descripción legal de sus funciones de la determinación de sus facultades o competencias concretas, tratando de establecer, en este caso, el diferente grado de su obligatoriedad.

La Ley de Cohesión y Calidad del Servicio Nacional de Salud (que profundiza la delimitación de los objetivos del Servicio Nacional de Salud y de los instrumentos para la consecución de estos, contemplados con anterioridad en la Ley General de Sanidad) configura el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud como un órgano permanente de coordinación, cooperación e información de los servicios de salud, entre ellos y con la Administración del Estado, siendo su finalidad “promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud a través de la garantía efectiva y equitativa de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado”. Un espectro tan amplio de funciones (que el propio artículo 71 clasifica como de configuración del Sistema Nacional de Salud, comprendiendo, de otro lado, el asesoramiento, la planificación y la evaluación, así como funciones de coordinación, y, por último, de cooperación entre el Estado y las comunidades autónomas) necesita de un catálogo “cuasi universal” de facultades o competencias concretas que se extienden a lo largo de todo el texto de la ley y no sólo del artículo 71²³, que presumiblemente estaría reservado para fijar las facultades del Consejo.

La determinación del contenido material de estas competencias es bastante problemática²⁴. A veces, las mismas se refieren a la elaboración de informes técnicos, atribuciones entonces

²³ Adviértase la cláusula de cierre que contiene el artículo 71, según el cual los miembros del Consejo pueden plantear ante el mismo todos los asuntos que “consideren de interés general para el conocimiento y la colaboración en el seno del Consejo”. De otro lado, otras leyes sanitarias, como la del Medicamento, o la antigua Ley General de Sanidad, reconocen diversas facultades al Consejo, por ejemplo sobre el uso racional de los medicamentos, en los arts. 93 y 94 de la Ley 25/1990.

²⁴ Groseramente, podríamos resumir la cuestión diciendo que el Consejo emite recomendaciones sobre la configuración del Servicio Nacional de Salud, en especial sobre la determinación de la cartera de servicios y de las prestaciones sanitarias, la determinación de los planes conjuntos y el integral de la Salud, previstos en la Ley General de Sanidad, así como en relación con diversas actuaciones de coordinación y cooperación (art. 71 LCCSNS).

más relacionadas con las funciones de programación y planificación de la Sanidad o el ofrecimiento de los servicios del sistema; así, “la definición de objetivos y estrategias de funcionamiento de los organismos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud” (art. 71, apartado 1, letra o). Hay facultades del Consejo referentes a la elaboración de planes y programas sanitarios, o a actuaciones de evaluación; dan origen a intervenciones normativas de la administración estatal correspondiente o simplemente a una actuación meramente ejecutiva. Otras intervenciones del Consejo se producen antes de una actuación normativa del Consejo de Ministros, como las que tienen que ver con la determinación de la cartera de servicios, o del Ministerio de Sanidad, como en el caso de la investigación de la salud, etc.

Anotemos, bien sea de pasada, que, aunque hablamos de acuerdos, la ley utiliza la expresión “recomendaciones”, y que, con independencia de su trascendencia política, el ejercicio de las facultades del Gobierno, sometido a las exigencias procedimentales de la ley, no puede ser objeto de veto ni depender de una decisión adversa del Consejo. De otro lado, cabe pensar, como decía antes, que, además de determinados supuestos de urgencia, siguen vigentes las previsiones de la Ley General de Sanidad, según la cual el Gobierno tiene competencias para elaborar los criterios generales de coordinación sanitaria (art. 70.3 de la LGS) y para aprobar el Plan Integrado de la Salud.

Pero, sin duda, el problema más interesante que plantea el Consejo es el del carácter de sus acuerdos, cuestión a resolver sin una base legal clara, pero que tiene gran importancia si de lo que se trata es de alcanzar una correcta idea del Consejo y sus funciones y aun de su validez o aptitud para prefigurar el juego del principio de colaboración en el propio Estado autonómico. Trataré de formular mi posición en torno a estas cuestiones de modo directo y preciso, como creo corresponde al propósito de un Informe como el que aquí se aborda. Como cuestión preliminar, conviene recordar la composición del Consejo y el régimen de adopción de sus acuerdos. En efecto, tanto la Ley como el Reglamento de la misma (Reglamento del funcionamiento del Consejo Interterritorial, aprobado en su sesión plenaria de 23 de julio de 2003) establecen que el Consejo está integrado por el ministro de Sanidad y Consumo, que será su presidente, y los consejeros en materia de Sanidad de las comunidades autónomas. El vicepresidente será un consejero de una comunidad autónoma, elegido por todos los consejeros que lo integran y ratificado por el mismo Consejo. El artículo 72 de la Ley, por su parte, establece que los acuerdos del Consejo se aprobarán, en su caso, por consenso²⁵.

²⁵ La propia Ley de Cohesión determina una configuración institucional mínima del Consejo, contemplando su organización interna a través de la Comisión Delegada y otras “subcomisiones y grupos de trabajo” (art. 74). Autorizadamente, se ha reclamado una mayor profesionalización de estas subcomisiones y grupos de trabajo, que han de procurar integrar con criterios exclusivamente de competencia las demandas de los expertos para la mejora funcional del sistema sanitario. Se trata de desarrollar herramientas técnicas, en un plano de debate antes que de decisión, de fuerza sobre todo persuasiva.

Por lo que se refiere al carácter, vinculante o no, de los acuerdos, creo que estamos ante facultades que permiten al Consejo desarrollar una importante función de apoyo al Gobierno o a las administraciones autonómicas concernidas, pero sin capacitarle para adoptar auténticas decisiones políticas. Estamos ante actuaciones que pueden considerarse necesarias o preceptivas y, así, pueden llegar a determinar el contenido de la medida en cuestión, pero que no pueden suplir ni enmendar el ejercicio de la competencia que no corresponde al Consejo. El Consejo sigue siendo un organismo administrativo, con trascendencia política, pero con un significado auxiliar, secundario o ejecutivo del órgano al que constitucionalmente corresponde la dirección de la política sanitaria y que disfruta de una competencia concreta de este nivel para coordinar la política sanitaria, en cuyo marco la Ley General Sanitaria y la propia Ley de Cohesión le reconocen atribuciones específicas, esto es, el Gobierno de la Nación. Que esto es así se sigue, primero, de la propia denominación de las resoluciones del Consejo, que son llamadas por la Ley recomendaciones, esto es, acuerdos a los que faltaría la nota de la imperatividad propia de los órganos de actuación de la política del Estado (en este caso en el ámbito sanitario). Segundo, el mismo artículo 70 LCCSNS encarga al Consejo “conocer y debatir”, en relación con diferentes materias, en orden a adoptar las correspondientes medidas. De manera que la Ley ha sido concebida pensando en una actuación del Consejo preferentemente deliberativa, aunque dicha intervención aboque a consecuencias dictaminadoras preceptivas y aun determinadoras de la resolución en que el procedimiento finalice. Por último, poca efectividad estaríamos reconociendo a un órgano ejecutivo (cuya colegialidad resulta, asimismo, cuestionable, habida cuenta de la nula relación jerárquica ni afinidad ideológica entre el presidente y los miembros del Consejo) si, como ocurre en este caso, pusiésemos sus acuerdos al alcance de la obstrucción de un solo consejero de Sanidad de una comunidad autónoma, como resulta del régimen del consenso para la adopción de sus acuerdos, se constate por la vía del asentimiento o de la votación unánime de sus miembros.

Planteada la caracterización de los acuerdos del Consejo en estos términos, es más fácil averiguar en qué medida el Consejo Interterritorial constituye, orgánica o funcionalmente, una conferencia sectorial, esto es, una instancia multilateral de cooperación²⁶. Orgánicamente, diríamos que no hay diferencias de nota entre la configuración del Consejo Interterritorial y otras conferencias (aunque la dependencia gubernamental en punto a su convocatoria, asuntos de que ocuparse, etc., es muy llamativa; de otro lado, la mayor presencia de consejeros autonómicos puede entenderse que aumenta, en términos proporcionales, las oportunidades de la representación autonómica en el Consejo). Funcionalmente, habría que matizar. La ley destaca, como hemos visto, la contribución del Consejo para garantizar la “cohesión” del sistema nacional de salud de la que dependen, en materia de Sanidad, los derechos de los ciudadanos en todo el Estado. Naturalmente, esto se encuentra relacionado con las competencias del Poder central, en el ámbito en cuestión, tendentes a dar efectividad al “derecho a la salud”, que son el establecimiento de las bases y, especialmente, la coordina-

²⁶ Tajadura (1988:130).

ción. Lo que ocurre es que estas competencias del Estado (o Gobierno central) son indeclinables e irrenunciables y no pueden llevarse a cabo en unos términos que las desnaturalicen, lo que ocurriría si los acuerdos del Consejo en este campo sustituyeran a las decisiones normativas y de otro tipo que corresponden al Gobierno.

La intervención del Consejo será garantía de la razonabilidad (o adecuación a las exigencias de eficacia y proporcionalidad) de las medidas adoptadas por el Gobierno, así como de su aceptación más fácil en la comunidad, y debe insertarse en el procedimiento de adopción de esas medidas, pero, como señalábamos hace un momento, ni tales recomendaciones (a las que por lo demás se les exige su adopción por consenso) pueden sustituir la facultad normativa del Gobierno, de manera que se presenten como normas del Estado lo que no son sino acuerdos del Consejo Interterritorial, ni, como también explicábamos con anterioridad, proceder a su bloqueo.

¿Es entonces el Consejo un *unicum*, una conferencia sectorial privilegiada, la excepción al régimen deficiente de la cooperación en nuestro Estado autonómico, de modo que la Ley que lo regula, esto es, la Ley de Cohesión, pudiese ser presentada como una ley modélica de desarrollo autonómico, lectura que resultaría abonada por la unanimidad en su aprobación y la tendencia de los sectores doctrinales autonomistas a presentarla como una norma respetuosa con las exigencias constitucionales de categoría de la ley básica, justamente el antimodelo de la Ley de Bases de Régimen Local, ejemplo tópico de una actuación normativa exorbitante del Poder central?²⁷ Como ya hemos visto, ciertamente hay especificidades en la configuración competencial del Consejo que resaltarían su condición de conferencia sectorial cualificada, especialmente las que conciernen al aporte proporcional de la representación autonómica, corrigiendo la anterior composición del Consejo según la Ley General de Sanidad y la condición cuasigubernamental de sus funciones en cuanto que las mismas facilitarían o anticiparían las competencias gubernamentales al respecto. Pero la exigencia del consenso como modo de toma de decisiones, en contraste con lo que ocurre con alguna conferencia sectorial, como el Consejo de Política Fiscal –donde se prevé la adopción de sus acuerdos, en defecto de la unanimidad, por una mayoría cualificada–, rebaja las capacidades funcionales del Consejo para actuar como órgano de dirección de la Sanidad. Ello nos hace concluir que la disponibilidad del modelo del Consejo Interterritorial para la realización de la cooperación en el Estado autonómico exigiría flexibilizar el sistema de adopción de sus decisiones. Sin duda, la generalización de un sistema polisindial para el Gobierno del Estado no deja de plantear, a su vez, cuestiones de operatividad. Si la integración se hace a costa de la eficacia del sistema, poniendo en juego la “unidad de decisión y actuación” del Estado, por utilizar la expresión de Heller, tal vez hayan de ensayarse fórmulas que, sin demérito de la conjunción política en el máximo grado institucional y normativo –esto es, en el Senado– y en el plano de la legislación, establezcan la colaboración interadministrativa en un nivel aparentemente menos articulado, pero todavía eficaz.

²⁷ Véase, en un sentido no del todo coincidente con las tesis que aquí defiendo, Pemán Gavín, J. M. (2005b).

La caracterización que hacemos del Consejo preferentemente como órgano deliberante y de apoyo al Gobierno no logra salvar, desde luego, algunas dificultades que tienen que ver, en el ámbito de la Sanidad, con la condición cooperativa del Estado autonómico, que necesariamente ha de sobrepasar, también en el nivel ejecutivo y sin eludir finalmente la facultad decisoria del Gobierno central, el que la intervención de los ejecutivos de las comunidades autónomas vaya más allá de la oportunidad de ejercer un derecho a ser consultados o elevar propuestas. Sin duda, en aras de la eficacia de las decisiones de coordinación del Ejecutivo central, es necesario implicar a los Gobiernos autónomos en el establecimiento de las normas o directivas y, cuando ello sea posible, en la adopción de decisiones reactivas en asuntos concretos.

Pero los problemas a la hora de comprender correctamente las intervenciones del Consejo no surgen sólo de estas consideraciones, sino, sobre todo, del propio tenor de la ley. Así, por ejemplo, La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Sanitario en algunos casos atribuye al Consejo, aunque, eso sí, fuera del artículo 71 –donde como sabemos se produce una sistematización de sus atribuciones y que, desde un punto de vista interpretativo, merece atención preferente–, “acordar” la cartera de servicios (arts. 7 y 20). Estos preceptos parecen reducir la intervención del Gobierno a la mera ratificación de lo establecido por el Consejo. En otros casos, el Consejo ha de emitir un informe preceptivo en relación con la actuación de la Administración Central; es el caso del artículo 94 de la Ley del Medicamento, que atribuye al Ministerio el establecimiento de los precios de referencia de los conjuntos o especialidades farmacéuticas generales, “previo informe” del Consejo Interterritorial. En ocasiones, lo que se prevé respecto de atribuciones gubernativas es la puesta en conocimiento del Consejo de la actuación en cuestión (art. 76, previendo el plan de actuación anual de la Alta Inspección, que se presenta al Consejo, o la Memoria anual, arts. 77 y 78).

Es decir, prescindiendo de la sistematización llevada a cabo por el artículo 71 de la Ley y que creemos abona nuestra comprensión interpretativa del Consejo, cabría distinguir entre facultades de este órgano de propuesta, fuesen vinculantes o simplemente preceptivas en la fase correspondiente del procedimiento de la actuación administrativa, y diversos supuestos de colaboración simple, que no serían necesarios y que, de producirse, además, no tendrían carácter imperativo.

Desde luego, se trata de intervenciones del Consejo Interterritorial a las cuales el Ejecutivo debe ligar el ejercicio de sus facultades de cooperación, ya las ejerza a su través o dichas intervenciones sean anticipación o apoyo de su propia actuación gubernativa. Pero no se puede anudar la competencia del Ejecutivo central para establecer una política en el ámbito sanitario a las facultades de intervención del Consejo, de manera que cabe afirmar, en razón de las exigencias de la lealtad institucional, que la coordinación no puede ser bloqueada de modo que se prime la mala fe o el abuso del derecho, obteniéndose ventajas al respecto por parte de quien no colabora debiendo hacerlo. En esta línea, podríamos proponer, frente a una interpretación literalista de la norma a la que ya hemos hecho

referencia con anterioridad, que prevé exclusivamente la adopción de acuerdos en el Consejo mediante el consenso, un criterio de actuación en torno al esquema que se esboza a continuación:

- Desde luego, las reuniones del Consejo deberían entenderse por válidamente constituidas, fuese cual fuese el quórum de asistencia existente, si su convocatoria se hizo en la fórmula regular establecida en las normas de procedimiento *ad hoc* o generales.
- En los casos en que se contempla una intervención preceptiva del Consejo, vinculante necesariamente para el Gobierno (por ejemplo, “acordar” la cartera de servicios), cabría forzar la regla de la unanimidad total, considerando así rechazada una propuesta que no cuente con el respaldo bien del Gobierno o de todas las comunidades autónomas. Cuando lo que se exige es la intervención preceptiva, pero no vinculante del Consejo en el procedimiento (así, diversas actuaciones en relación con la determinación de precios de los medicamentos), podría pensarse en la resolución positiva del Informe si la propuesta que se formula en el Consejo cuenta con el apoyo del Gobierno o de una mayoría de representantes de las comunidades autónomas. Los otros supuestos, a los efectos de mero conocimiento (por ejemplo, la comunicación de la memoria de la Alta Inspección), no parecen determinar, caso de que se incumpla la actuación del Consejo, un vicio anulable relevante, ni tampoco exigir acuerdo alguno.

4.3 La Alta Inspección

El estudio de las facultades de actuación en la política sanitaria por parte del Gobierno puede completarse dedicando alguna atención a la Alta Inspección, institución a la que, completando la regulación de la LGS, dedica los artículos 76 a 79 la LCCSNS. Se trata de una facultad de tipo ejecutivo referida al seguimiento de las líneas esenciales de actuación de la comunidad autónoma, exclusivamente en materia de competencia legislativa estatal, ejercida por la propia organización administrativa del Estado central y que da origen a intervenciones específicas por su parte.

Como es evidente, presupuesto inexcusable de esta institución es la duplicidad de administraciones en el Estado autonómico, de manera que, en efecto, el Estado central disponga de su propia administración, utilizable en la ejecución de su legislación. No basta, entonces, con la colaboración que, en relación con la ejecución de lo que no ha sido establecido por el legislador autonómico, pueda aportar la administración autonómica y, podría pensarse, viene exigido por el principio de lealtad constitucional, sino que se prevé una competencia estatal específica.

La fuente normativa de la institución no es la Constitución, sino que tiene rango estatutario o infralegal, aunque la Constitución de 1931 emplease algún término parecido al de

la Alta Inspección en relación con la ejecución de la legislación laboral y quepa señalar que se utiliza la expresión en el sistema estatutario vasco para referirse a determinadas atribuciones de control del ejecutivo sobre la observancia de la legislación autonómica por las juntas generales de los territorios forales. Importante es tener en cuenta la jurisprudencia del Tribunal Constitucional cuando, rechazando, por otro lado, las pretensiones de alguna poderosa doctrina académica, distingue la Alta Inspección de la simple función de seguimiento de la ejecución de la legislación y, de este modo, no considera a dicha inspección como competencia conexa a la legislación, lo que convertiría en redundante su constancia. Quiere ello decir que la Alta Inspección no resulta de un deber general de vigilancia o control, aparejado al que se tiene como título sustantivo sobre la legislación de la materia (o *Aufsichtsrecht*), pues sólo existe en los casos en los que expresamente se encuentra prevista en el plano normativo infraconstitucional especificado, esto es, en el terreno educativo, laboral y sanitario.

Como decíamos, el Tribunal Constitucional ha insistido en el carácter exclusivamente jurídico, operado por los instrumentos jurisdiccionales correspondientes, del control llevado a cabo sobre las competencias de las comunidades autónomas, que, naturalmente, no podría poner en cuestión la Alta Inspección, institución, por lo demás, como sabemos, y frente a lo que ocurre en algún ordenamiento europeo, no prevista constitucionalmente. La finalidad de la Alta Inspección es, entonces, justamente en los casos previstos, facilitar el control jurisdiccional a que se refiere nuestra Constitución en el artículo 153.3 y que, como se confirma en la STC 76/1983, es el único posible²⁸. Como se dice en la STC 42/1983, “la Alta Inspección constituye una competencia estatal de vigilancia, pero no un control genérico e indeterminado que implique dependencia jerárquica de las comunidades autónomas respecto a la Administración del Estado, sino un instrumento de verificación o fiscalización que puede llevar, en su caso, a instar la actuación de los controles constitucionalmente establecidos en relación a las comunidades autónomas, pero no a sustituirlos convirtiendo a dicha alta inspección en un mecanismo de control”.

La cualidad de la institución como “alta” apunta, seguramente, a la condición de la inspección, esto es, su carácter general, de modo que respete, esta vez en su dimensión ejecutiva, la autonomía institucional de la comunidad autónoma. Finalmente, se ha de señalar que el cumplimiento de la finalidad inspectora requiere, de una parte, la disposición de funcionarios estatales cuya labor sea la de constatar la marcha de los servicios de la comunidad autónoma, aunque aquellos servidores públicos no puedan impartir instrucciones sobre la ejecución de la legislación nacional. Además, ha de asegurarse el acceso a los servicios de la comunidad autónoma de los funcionarios en cuestión, dándoles las facilidades necesarias al respecto. De este modo, el Estado puede activar los mecanismos convenientes, fundamentalmente de carácter jurisdiccional, como hemos dicho, en el nivel de conflictos de competencia ante el Tribunal Constitucional o en la jurisdicción contencioso-administrativa, ade-

²⁸ Cascajo (1984).

más de la memoria anual a presentar al Servicio Nacional de Salud frente a las actuaciones de la comunidad autónoma que no respeten el ordenamiento.

Esta problemática se aborda en el artículo 76 de la Ley de Cohesión, en donde a la Alta Inspección se le asigna una función de garantía y verificación del cumplimiento de las competencias en materia de Sanidad y de atención sanitaria, finalidades establecidas, sin duda, en términos muy amplios. En este orden de cosas, se contempla también, tal vez de manera no del todo convincente, la actividad de la Administración del Estado en relación con un objetivo al que contribuye, pero que no agota ni soporta en exclusiva, la Alta Inspección. Este precepto recoge facultades muy importantes, por ejemplo, en relación con el destino de los fondos y subvenciones del Estado, que, como sabemos, por imperativo de una exigente y discutible interpretación de la doctrina constitucional sobre subvenciones, debe hacerse en relación con una determinada finalidad y sin alterar la competencia al respecto de la comunidad autónoma. El que, verdaderamente, la subvención del Estado, entendida en el marco de la competencia para diseñar una política sanitaria –asegurando la homogeneidad del sistema, pero atendiendo también exigencias de una determinada estrategia de política sanitaria que es competencia del Gobierno–, quede afectada a un fin propuesto, depende, en muy buena medida, de la disposición por parte del ejecutivo de la Alta Inspección.

Sin duda, el problema de un Estado social de nuestro tiempo, que hace la Sanidad objeto de un servicio público, es garantizar la esencial igualdad de las prestaciones sanitarias para todos los ciudadanos, con independencia del territorio en que se hallen. Ello, como se ha visto, ha de suponer la posibilidad de asistencia en todo el territorio nacional de cualquier ciudadano, cualquiera que sea la comunidad autónoma de que proceda, pero, también, la suficiencia financiera de la Sanidad en cualquier territorio del Estado. Creo que la garantía de complemento económico por parte del Estado a cualquier comunidad que no disponga de los recursos financieros al efecto, que trata de afirmar el Fondo de Cohesión (disposición adicional V de la LCCSNS), justifica la inspección sanitaria a fin de impedir que no se realice el esfuerzo en cada comunidad autónoma para satisfacer sus necesidades sanitarias, a lo que invitaría la seguridad de la cobertura final al respecto del Estado; por no hablar de otras competencias de la Alta Inspección tendentes a garantizar la observancia de la igualdad de prestaciones del servicio de salud, en términos generales y, de modo especial, “determinando las dificultades o deficiencias genéricas o estructurales” que impidan el funcionamiento de “un sistema sanitario, coherente, armónico y solidario” .

Pero la garantía, por parte del Estado, de que los recursos que entrega a las comunidades autónomas, a estos efectos, se van a invertir con propiedad quizás se encuentra dificultada, como sabemos, por una idea de la limitación de la subvención en la doctrina del Tribunal Constitucional, que impide su afectación a fines especificados libremente por el Estado. Una doctrina que, ciertamente, tiene por objeto oponerse a la recuperación de competencias por parte del Estado, de competencias que pertenecen a las comunidades autónomas, pero que no debía impedir, en todo caso, la justificación de las subvenciones

en virtud de títulos propios sobre la materia en cuestión, teniendo en cuenta, de otro lado, lo que ha sido el significado habitual de las llamadas *grants in aid* en los Estados federales.

Las funciones de la Ata Inspección se ejercerán por los órganos del Estado competentes en materia de Sanidad, que tendrán la condición, a todos los efectos, de autoridad pública. Si, como consecuencia del ejercicio de las funciones de la Alta Inspección, se apreciaran infracciones por parte de la comunidad autónoma en cuestión, se comunicarán, para su corrección, dichas infracciones a través del delegado del Gobierno y, sólo después de la desatención de esta advertencia, el Gobierno requerirá al órgano competente (jurisdiccional) para que adopte las medidas precisas.

El estudio de las atribuciones de la Alta Inspección sobre el empleo de fondos estatales nos lleva a considerar, precisamente, la problemática de las subvenciones del Estado central en relación con la financiación de la Sanidad de las comunidades autónomas, cuestión que ha de plantearse en diferentes niveles. Por lo que se refiere a la justificación de la misma subvención, ocurre que la Ley de Cohesión establece como objetivo el equilibrio financiero del Sistema Nacional de Salud, de manera que a los gastos de las comunidades autónomas correspondan determinados mecanismos para financiar correctamente su importe²⁹, afirmándose, así, la corresponsabilidad sanitaria del Estado y las comunidades autónomas, de cara a asegurar la igualdad de prestaciones sanitarias para todos los ciudadanos. No tiene que extrañar la atribución de una garantía última de suficiencia financiera al Estado, habida cuenta de sus competencias específicas sobre la materia, que ya hemos considerado, y en particular la garantía que sobre la igualdad en el disfrute de derechos corresponde al Poder central.

Es importante reparar en la contribución que al aseguramiento de la suficiencia financiera de las Comunidades hace la nueva regulación del Fondo de cohesión, concebido ya, no sólo como instrumento de aseguramiento de las prestaciones sanitarias a los desplazados, sino como vehículo principal de transferencias de fondos del Estado para la realización de políticas que aseguren la cohesión sanitaria y la corrección de desigualdades. Por supuesto, el Fondo de cohesión opera en paralelo con el Fondo de suficiencia o la responsabilidad del Poder central con los centros de referencia.

Todo esto confirma nuestra idea de que no son instrumentos concretos los que faltan al Gobierno, en relación con el soporte de una verdadera política sanitaria; los problemas, según hemos visto, pueden provenir de la disponibilidad de los resortes para adoptar las decisiones correspondientes, especialmente los que tienen que ver con una deficiente comprensión de las competencias del Consejo Interterritorial, lo que puede determinar la inoperancia de este mecanismo e incluso conducir a un bloqueo de la intervención gubernamen-

²⁹ A través de la recaudación de impuestos cedidos, fondo de suficiencia y fórmulas complementarias.

tal, a la que hay que reconocer una capacidad de respuesta o actuación inmediata que se aviene mal con el carácter, más bien deliberante y programático, que según nuestra propuesta interpretativa corresponde al Consejo.

Al lado de lo dicho, deben entenderse, sin duda, las apreciaciones del Tribunal Constitucional sobre las subvenciones condicionadas, en una doctrina que, en relación con el campo concreto en el que nos hallamos, presenta una operatividad más bien discutible. Ocurre, en primer lugar, como acabamos de mostrar, a pesar de lo que puede sugerir una primera impresión, que el Gobierno central tiene suficientes títulos en los que apoyar sus subvenciones, de modo que no sería necesario recurrir a nuevas justificaciones para proceder a su desembolso. La previsión, entonces, de esas subvenciones al servicio del cumplimiento de las competencias del Estado impide considerarlas como invasión en las atribuciones de las comunidades autónomas. Este límite es el argumento principal que la doctrina del Tribunal Constitucional establece al poder de gasto en manos del Estado en su sentencia 13/1992, que sólo puede actuar, se dice, “en los casos en que, por razón de la materia sobre la que opera dicho gasto o subvención, la Constitución o, en su caso, los estatutos de autonomía hayan reservado al Estado la titularidad de tales competencias sobre la materia subvencionada”.

Pero, además, esta línea jurisprudencial se ha suavizado admitiendo, en función sobre todo del título estatal de la coordinación de la planificación general de la actividad económica, una capacidad del Estado de determinar los términos del otorgamiento de subvenciones, de manera que la regulación de las medidas de fomento de las actividades económicas, por parte del Poder central, desde la competencia sobre las bases de la planificación general de la actividad económica, ha alcanzado una extensión tal que, prácticamente, agota las posibilidades de ordenación jurídica de dichas medidas en cuanto a los aspectos que realmente definen la naturaleza y los objetivos de aquéllas. En este marco, queda a las comunidades autónomas, únicamente, la regulación de algunos aspectos de carácter procedimental o técnico, o bien la ejecución de la regulación de las medidas, salvo los casos excepcionales en los que también el Estado puede asumir actuaciones ejecutivas a tal fin (SSTC 95/1986, 152/1988, 75/1989, 145/1989, 79/1992, 128/1999 y 175/2003)³⁰.

Cierto que estamos hablando de una doctrina establecida en relación con el poder de gasto respecto de la actividad económica, donde hay títulos transversales de actuación del Estado con un claro potencial expansivo y homogeizador, pero no olvidemos que, en el caso de la política sanitaria, está en juego la protección de derechos, como es el de la salud, o de principios, como la igualdad, que, contando además con un reconocimiento legal concreto, tienen también una indudable exigencia de garantía nacional.

No tiene nada de extraño que pueda afirmarse, entonces, que nuestro ordenamiento no es una excepción, en lo que tiene que ver con la posibilidad de utilización de las *grants in*

³⁰ Carrasco Durán (2005:86).

aid, que en todos los sistemas federales han funcionado como un instrumento de redistribución de la renta³¹ o como un mecanismo de ayuda para que los Estados menos desarrollados económicamente pudiesen prestar, por sí mismos, los servicios que el *Welfare State* demandaba³². El cumplimiento de estas funciones compensaba, en el plano de la legitimación ante los ciudadanos, los riesgos del expansionismo central, que pueden conjurarse atribuyendo a los Estados miembros un rol en la determinación de las subvenciones y un papel en la ejecución de las mismas, admitiendo en el cumplimiento de las políticas subvencionadas un margen para el señalamiento de objetivos complementarios y una autonomía en la ejecución, de modo que el control de la misma por el Estado central no les convierta en un simple apéndice ejecutivo del Poder nacional. El resultado final, admitiendo una superioridad en la relación subvencional del Estado central, se acepta, asimismo, en los Estados Unidos, en virtud de, especialmente, una interpretación determinada de la cláusula de comercio o de la Enmienda X que atribuye las competencias residuales a los Estados miembros. Siempre que se respete la autonomía institucional de los Estados miembros y, en la actualidad, en el caso de las agencias federales, se establezcan determinados protocolos para tener en cuenta los intereses de los Estados –referentes, sobre todo, a las oportunidades en la decisión sobre la distribución de los fondos y su ejecución–, se reconoce, finalmente, la capacidad del Congreso para actuar, casi sin límites, en la elaboración de cualquier programa de intervención federal³³.

³¹ “Una función que el Gobierno federal está cumpliendo, parezca bien o mal, cada vez más es la redistribución de la riqueza de todo el país, tomándola de las regiones más prósperas y dándoselas a las más pobres” (Wheare, 1947:118).

³² “Algunas regiones, de población escasa o con pobres recursos, si no quieren que los servicios que prestan se reduzcan o no crezcan han de pedir ayuda al Gobierno central” (Wheare, 1947:117).

³³ Bermann (1994:403).

5. Conclusiones

- Este informe trata de detallar las bases constitucionales, explícitas o implícitas, que justifican la intervención del Gobierno central en cuanto órgano estatal en la política sanitaria. Además, ha de tenerse en cuenta la significación de las prestaciones sanitarias, en términos de universalidad y homogeneidad, que se llevan a cabo en un Estado social y autonómico, y que ha desarrollado en el plano legal, de manera significativa, los principios constitucionales sobre la Sanidad. En efecto, es importante advertir que, en el terreno sanitario, se ha producido una importante concretización de exigencias, límites y principios constitucionales diversos, que quedan incorporados a la ley, perdiendo, así, su condición abierta e indeterminada, pasando a integrar un parámetro de legalidad dirigido, antes de nada, a la cumplimentación de la Administración y que opera, asimismo, como límite necesario del Gobierno.
- La base implícita de la actuación gubernamental en materia sanitaria está constituida, en primer lugar, por la atribución que hace el artículo 97 CE al Gobierno de la dirección de la política interior del Estado. No cabe duda de que, en las modernas sociedades, la Sanidad es un importante ámbito que requiere de una actuación constante y orientada, a cuya realización se destinan suficientes recursos con una determinada estrategia; aunque la dirección de la política del Estado, también en materia de salud, se lleva a cabo, en el Estado autonómico, implicando no sólo la admisión de competencias concretas en los órganos estatales, sino el reconocimiento de una función de dirección, y no meramente de especificación, de los Gobiernos autonómicos.

Por lo que hace, en segundo lugar, a la competencia del Estado sobre la “regulación de las condiciones básicas” que garantizan la igualdad en el ejercicio de los derechos constitucionales (149.1.1ª CE) y, en concreto, al tipo de actuación que se reserva al Poder público central, se trata, como claramente lo expresa el tenor literal del precepto de la “regulación”, de una actividad normativa, que no habilitará para una actuación ejecutiva, al menos no directamente, de la Administración central, aunque sí podrá tener el efecto impeditivo de evitar una actuación normativa y ejecutiva de las comunidades autónomas que ponga en cuestión el ejercicio del derecho de que se trate en condiciones de igualdad. Téngase en cuenta que la protección estatal a que se refiere este precepto alcanza a los derechos constitucionales (entre ellos, por tanto, el derecho a la salud –art. 43 CE–), sean o no amparables, así como a los deberes.

- La justificación de cualquier intervención pública en el terreno de la Sanidad remite, sin duda, al derecho a la salud que afirma el artículo 43 CE, cuyo apartado 1º reconoce “el derecho a la protección de la salud”.

Se trata de un derecho materialmente fundamental, de configuración legal, contenido actualizable, de titularidad universal y carácter homogéneo en todo el territorio nacional. Nuestra insistencia en la caracterización del derecho a la salud como verdadero derecho constitucional (materialmente fundamental) tiene como objeto justificar la contribución de los poderes públicos en la determinación del régimen del derecho y la organización de su prestación a través de una determinada forma, que es, básicamente, el servicio de salud. En particular, de la caracterización del derecho a la salud como derecho constitucional se sigue la necesidad del rango suficiente para las normas que especifiquen el contenido del derecho, el acceso universal a las prestaciones al respecto y, por tanto, la justificación del servicio público como modo de realizarlas y, asimismo, una garantía del Estado central de la regulación del derecho, de modo que se aseguren las mismas condiciones de su ejercicio en todo el territorio nacional.

La determinación de las prestaciones sanitarias depende del catálogo de prestaciones, cuyo nivel se fija mediante la cartera de servicios, establecidos estos mediante normas de suficiente rango y actualizables con el tiempo. Hoy, la gestión de la Sanidad corre a cargo de los servicios autonómicos correspondientes, sin demérito de la intervención, al respecto, de las autoridades sanitarias nacionales. En efecto, corresponde a las comunidades autónomas la asistencia sanitaria, como modo de satisfacer el derecho constitucional a la salud, a través del propio servicio público, realizadas ya las transferencias sanitarias tras las correspondientes reformas estatutarias y superada, por tanto, la fase transitoria en la que convivían diversos servicios sanitarios autonómicos y el Insalud.

- En concreto, y en relación con la determinación de los títulos de intervención del Estado central en materia de Sanidad en nuestro sistema autonómico, ha de hacerse mención, en primer lugar, a la competencia para fijar las bases. La fijación de lo básico (art. 149.1.1ª CE) es un título preferentemente normativo, no exclusivo, no mínimo y modificable en materia de Sanidad. En efecto, en relación con la materia Sanidad, nos interesa retener, en primer lugar, que la atribución constitucional de las bases, si bien no impide una actuación no normativa, supone la competencia del legislador estatal para establecer el régimen u ordenación fundamental de la materia, garantizando los elementos de uniformidad del sistema sanitario español y asegurando unas estructuras organizativas comunes, así como un nivel de prestaciones en todo el sistema nacional. Como hemos señalado, la ordenación fundamental se determina en función de la competencia del Estado de llevar a cabo una política sanitaria propia, dirigida por el Gobierno, pero sin demérito de su completamiento por parte de las leyes de Sanidad de las comunidades autónomas. Tal ordenación fundamental no tiene por qué adoptar una opción de “mínimos” o ser formulada en términos “principalistas”. Lo básico, así, no es una

determinación aséptica o neutra políticamente, o necesariamente mínima, si bien su adecuación al modelo constitucional es obligatoria, lo que, naturalmente, depende del control eventual al respecto del Tribunal Constitucional. Tampoco su formulación, según hemos adelantado, es ni permanente, en el sentido de inmodificable, ni irreversible, en el sentido de no admitir un redimensionamiento a favor del Estado central.

En segundo lugar, debe decirse algo en términos elementales sobre la competencia del Estado central para asumir la “coordinación general” de la Sanidad y, en un plano más concreto, sobre la configuración del Consejo Interterritorial de Salud, previsto en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. La coordinación supone una variedad de la colaboración de carácter obligatorio y en la que corresponde una posición de preeminencia al Estado. Como ha advertido el Tribunal Constitucional (STC 109/1998), “las facultades de coordinación conllevan un cierto poder de dirección, consecuencia de la posición de superioridad en que se encuentra el que coordina respecto del coordinado”, lo que, eventualmente, puede llevar a establecer unilateralmente medidas armonizadoras destinadas a la más eficaz concertación de la actuación de todos los entes involucrados.

En relación con las medidas de armonización, estas deben superar el doble test de la proporcionalidad y la eficacia. Así, no podrían integrarse en las medidas de coordinación sino “las eficaces”, pensando en su necesidad para la integración y las exigencias del sistema, “las adecuadas” o tendentes a la consecución de los objetivos, y “las menos restrictivas”, que, sin demérito de su necesidad y adecuación, se considerasen más respetuosas con la posición de las comunidades autónomas y la defensa de sus competencias.

- Por lo que respecta a la configuración del Consejo Interterritorial del Servicio Nacional de Salud y sus competencias, la Ley de Cohesión caracteriza al Consejo como un órgano permanente de coordinación, cooperación e información de los servicios de salud, entre ellos y con la Administración del Estado, cuya finalidad es “promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud a través de la garantía efectiva y equitativa de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado”.

La intervención del Consejo será garantía de la razonabilidad (o adecuación a las exigencias de eficacia y proporcionalidad) de las medidas adoptadas por el Gobierno, así como de su aceptación más fácil en la comunidad, y debe insertarse en el procedimiento de adopción de esas medidas, pero, como resulta obvio, ni tales recomendaciones (que, por lo demás, deben ser adoptadas necesariamente por consenso) pueden sustituir la facultad normativa del Gobierno, de manera que se presenten como normas del Estado lo que no son sino acuerdos del Consejo Interterritorial, ni, como queda explicado, proceder a su bloqueo. Así, el Consejo sigue siendo un organismo administrativo, con trascendencia política, pero con un significado auxiliar, secundario o ejecutivo del Gobierno, que es el órgano al que constitucionalmente corresponde la dirección de la política sanitaria y que disfruta de una competencia concreta de este nivel para coordinar la política sanitaria, en

cuyo marco, la Ley General Sanitaria y la propia Ley de Cohesión le reconocen competencias específicas.

Que esto es así se sigue, primero, de la propia denominación de las resoluciones del Consejo, que son llamadas por la Ley recomendaciones, esto es, acuerdos a los que faltaría la nota de la imperatividad propia de los órganos de actuación de la política del Estado (en este caso, en el ámbito sanitario). Segundo, el mismo artículo 70 LCCSNS encarga al Consejo “conocer y debatir” en relación con diferentes materias en orden a adoptar las correspondientes medidas. De manera que la Ley ha sido concebida pensando en una actuación del Consejo preferentemente deliberativa, aunque dicha intervención aboque a consecuencias dictaminadoras preceptivas y aun determinadoras de la resolución en que el procedimiento finalice. Por último, poca efectividad estaríamos reconociendo a un órgano ejecutivo si, como ocurre en este caso, pusiésemos sus acuerdos al alcance de la obstrucción de un solo consejero de Sanidad de una comunidad autónoma, como resulta del régimen del consenso para la adopción de sus acuerdos, se constate por la vía del asentimiento o de la votación unánime de sus miembros.

- La Alta Inspección constituye una facultad de tipo ejecutivo, referida al seguimiento de las líneas esenciales de actuación de la comunidad autónoma exclusivamente en materia de competencia legislativa estatal, ejercida por la propia organización administrativa del Estado central y que da origen a intervenciones específicas por su parte.

Entre sus funciones, destaca el control sobre el destino de los fondos y subvenciones del Estado que, por imperativo de una exigente y discutible interpretación de la doctrina constitucional sobre subvenciones, debe hacerse en relación con una determinada finalidad y sin alterar la competencia, al respecto, de la comunidad autónoma.

Sin embargo, la propia evolución de la jurisprudencia sobre las subvenciones en materia económica, unida a la adecuada ponderación de los títulos estatales de intervención sobre la Sanidad, hacen posible que el Gobierno disponga, en relación con las subvenciones sobre gasto sanitario, de facultades no muy alejadas de las que sobre las *grants in aid* tienen las federaciones en nuestro tiempo.

Bibliografía

Marco de referencia

- Bermann, G. A. (1994), Taking subsidiarity seriously. Federalism in the European Community and the United States, *Columbia Law Review*, vol. 94, marzo 1994.
- Carrasco Durán, M. (2005), La interpretación de la competencia del Estado sobre las bases y la Coordinación de la planificación general de la actividad económica (art. 149.1.13ª de la Constitución), *Revista de Derecho Político*, nº 62, 86.
- Cascajo, J. L. (1984), En torno a la configuración jurisprudencial y doctrinal de la llamada Alta Inspección, *Revista Vasca de la Administración Pública*.
- Corcuera, J. (1997), La participación intergubernamental en el sistema autonómico español: las Conferencias Sectoriales (revisado), en *La participación de las Comunidades Autónomas en las decisiones del Estado*. Madrid.
- Chinchilla, C. (1997), Servicio público: ¿crisis o renovación?, en *Régimen Jurídico de los servicios públicos*. Madrid, Elisenda Malaret.
- Jiménez Campo, J. (1989), ¿Qué es lo básico? Legislación compartida en el Estado autonómico, *Revista Española de Derecho Constitucional*, nº 27.
- Menéndez Rexach, A. (1994), La cooperación, ¿un concepto jurídico?, *Documentación Administrativa*, nº 240, octubre-diciembre.
- Rebollo, L.M. (1983), De nuevo sobre el servicio público: planteamientos ideológicos y funcionalidad técnica, *Revista de la Administración Pública*, nº 100-2, III.
- Rebollo, M. (2004), La Alta Inspección, en Parejo, L. *et al.* La reforma del Sistema Nacional de Salud. Madrid.
- Solozábal, J. J. (1998), Las bases constitucionales del Estado autonómico. Madrid, 147-8.
- Solozábal, J. J. (2004), El Estado social como Estado autonómico, en *Nación y Constitución*. Madrid.
- Solozábal, J. J. (2005), El Estatuto del Gobierno y su configuración efectiva como órgano del Estado, en Aragón, M., y Gómez Monotor, A. J., *El Gobierno. Problemas Constitucionales*. Madrid.
- Tajadura, J. (1988), Instrumentos de cooperación entre la Administración Central y las Administraciones Autonómicas, en *XIX Jornadas de estudio. Constitución y el Nuevo Diseño de las Administraciones Estatal y Autonómica*, I, p. 130.
- Tajadura, J. (2000), *El principio de cooperación en el Estado Autonómico*, Granada, 2ª ed.

Tudela Aranda, J. (2003), A vueltas con el art. 149.1.1ª, en Estudios de Derecho Público Económico. Homenaje al Prof. Sebastián Martín-Retortillo. Madrid.

Wheare, K. C. (1947), Federal Government. Oxford.

Estudios específicos

Morell Ocaña, L. (1994), Una teoría de la cooperación, *Documentación Administrativa*, nº 240, octubre-diciembre.

Parejo, L. (2004), La calidad al servicio de la eficacia en el Sistema Nacional de Salud, en Parejo, L. *et al.*, La reforma del Sistema Nacional de Salud, Madrid.

Parejo, L. *et al.* (2001), La organización de los servicios públicos sanitarios, Madrid.

Pemán Gavín, J. M. (2005a), Autonomía y unidad en el Sistema Nacional de Salud. Reflexiones a propósito del cierre de transferencias sanitarias y de la aplicación del nuevo sistema de financiación de la Sanidad (revisado) en, Asistencia sanitaria y Sistema Nacional de Salud, Estudios Jurídicos, Granada.

Pemán Gavín, J. M. (2005b), La nueva configuración del Sistema Nacional de Salud tras la Ley de Cohesión y Calidad (Ley 16/ 2003, de 28 de Mayo), en Asistencia sanitaria y Sistema Nacional de Salud, Estudios Jurídicos, Granada.

Quadra-Salcedo, T. de la (2004), Igualdad, derechos de los pacientes y cohesión del Sistema Nacional de Salud. En Parejo, L. *et al.*, La reforma del Sistema Nacional de Salud, Madrid, 11- 12.

Rey, J. (2003), Una propuesta alternativa para la coordinación del Sistema Nacional de Salud español. Laboratorio Alternativas, Documento de Trabajo 9/2003.

Salvador, A. (1998), Las relaciones de cooperación y de conflicto en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional, en Administraciones Públicas y Constitución. Madrid.

Documentos de trabajo publicados

- 1/2003. **Servicios de atención a la infancia en España: estimación de la oferta actual y de las necesidades ante el horizonte 2010.** María José González López.
- 2/2003. **La formación profesional en España. Principales problemas y alternativas de progreso.** Francisco de Asís de Blas Aritio y Antonio Rueda Serón.
- 3/2003. **La Responsabilidad Social Corporativa y políticas públicas.** Alberto Lafuente Félez, Víctor Viñuales Edo, Ramón Pueyo Viñuales y Jesús Llaría Aparicio.
- 4/2003. **V Conferencia Ministerial de la OMC y los países en desarrollo.** Gonzalo Fanjul Suárez.
- 5/2003. **Nuevas orientaciones de política científica y tecnológica.** Alberto Lafuente Félez.
- 6/2003. **Repensando los servicios públicos en España.** Alberto Infante Campos.
- 7/2003. **La televisión pública en la era digital.** Alejandro Perales Albert.
- 8/2003. **El Consejo Audiovisual en España.** Ángel García Castillejo.
- 9/2003. **Una propuesta alternativa para la Coordinación del Sistema Nacional de Salud español.** Javier Rey del Castillo.
- 10/2003. **Regulación para la competencia en el sector eléctrico español.** Luis Atienza Serna y Javier de Quinto Romero.
- 11/2003. **El fracaso escolar en España.** Álvaro Marchesi Ullastres.
- 12/2003. **Estructura del sistema de Seguridad Social. Convergencia entre regímenes.** José Luis Tortuero Plaza y José Antonio Panizo Robles.
- 13/2003. **The Spanish Child Gap: Rationales, Diagnoses, and Proposals for Public Intervention.** Fabrizio Bernardi.
- 13*/2003. **El déficit de natalidad en España: análisis y propuestas para la intervención pública.** Fabrizio Bernardi.
- 14/2003. **Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias.** José Jesús Martín Martín.
- 15/2003. **Una propuesta de servicios comunitarios de atención a personas mayores.** Sebastián Sarasa Urdiola.
- 16/2003. **El Ministerio Fiscal. Consideraciones para su reforma.** Olga Fuentes Soriano.
- 17/2003. **Propuestas para una regulación del trabajo autónomo.** Jesús Cruz Villalón.
- 18/2003. **El Consejo General del Poder Judicial. Evaluación y propuestas.** Luis López Guerra.
- 19/2003. **Una propuesta de reforma de las prestaciones por desempleo.** Juan López Gandía.
- 20/2003. **La Transparencia Presupuestaria. Problemas y Soluciones.** Maurici Lucena Betriu.
- 21/2003. **Análisis y evaluación del gasto social en España.** Jorge Calero Martínez y Mercè Costa Cuberta.
- 22/2003. **La pérdida de talentos científicos en España.** Vicente E. Larraga Rodríguez de Vera.
- 23/2003. **La industria española y el Protocolo de Kioto.** Antonio J. Fernández Segura.
- 24/2003. **La modernización de los Presupuestos Generales del Estado.** Enrique Martínez Robles, Federico Montero Hita y Juan José Puerta Pascual.
- 25/2003. **Movilidad y transporte. Opciones políticas para la ciudad.** Carme Miralles-Guasch y Ángel Cebollada i Frontera.
- 26/2003. **La salud laboral en España: propuestas para avanzar.** Fernando G. Benavides.
- 27/2003. **El papel del científico en la sociedad moderna.** Pere Puigdomènech Rosell.
- 28/2003. **Tribunal Constitucional y Poder Judicial.** Pablo Pérez Tremps.
- 29/2003. **La Audiencia Nacional: una visión crítica.** José María Asencio Mellado.
- 30/2003. **El control político de las misiones militares en el exterior.** Javier García Fernández.
- 31/2003. **La sanidad en el nuevo modelo de financiación autonómica.** Jesús Ruiz-Huerta Carbonell y Octavio Granado Martínez.

- 32/2003. **De una escuela de mínimos a una de óptimos: la exigencia de esfuerzo igual en la Enseñanza Básica.** Julio Carabaña Morales.
- 33/2003. **La difícil integración de los jóvenes en la edad adulta.** Pau Baizán Muñoz.
- 34/2003. **Políticas de lucha contra la pobreza y la exclusión social en España: una valoración con EspaSim.** Magda Mercader Prats.
- 35/2003. **El sector del automóvil en la España de 2010.** José Antonio Bueno Oliveros.
- 36/2003. **Publicidad e infancia.** Purificación Llaquet, M^a Adela Moyano, María Guerrero, Cecilia de la Cueva, Ignacio de Diego.
- 37/2003. **Mujer y trabajo.** Carmen Sáez Lara.
- 38/2003. **La inmigración extracomunitaria en la agricultura española.** Emma Martín Díaz.
- 39/2003. **Telecomunicaciones I: Situación del Sector y Propuestas para un modelo estable.** José Roberto Ramírez Garrido y Juan Vega Esquerrá.
- 40/2003. **Telecomunicaciones II: Análisis económico del sector.** José Roberto Ramírez Garrido y Álvaro Escribano Sáez.
- 41/2003. **Telecomunicaciones III: Regulación e Impulso desde las Administraciones Públicas.** José Roberto Ramírez Garrido y Juan Vega Esquerrá.
- 42/2004. **La Renta Básica. Para una reforma del sistema fiscal y de protección social.** Luis Sanzo González y Rafael Pinilla Pallejà.
- 43/2004. **Nuevas formas de gestión. Las fundaciones sanitarias en Galicia.** Marciano Sánchez Bayle y Manuel Martín García.
- 44/2004. **Protección social de la dependencia en España.** Gregorio Rodríguez Cabrero.
- 45/2004. **Inmigración y políticas de integración social.** Miguel Pajares Alonso.
- 46/2004. **TV educativo-cultural en España. Bases para un cambio de modelo.** José Manuel Pérez Tornero.
- 47/2004. **Presente y futuro del sistema público de pensiones: Análisis y propuestas.** José Antonio Griñán Martínez.
- 48/2004. **Contratación temporal y costes de despido en España: lecciones para el futuro desde la perspectiva del pasado.** Juan J. Dolado y Juan F. Jimeno.
- 49/2004. **Propuestas de investigación y desarrollo tecnológico en energías renovables.** Emilio Menéndez Pérez.
- 50/2004. **Propuestas de racionalización y financiación del gasto público en medicamentos.** Jaume Puig-Junoy y Josep Llop Talaverón.
- 51/2004. **Los derechos en la globalización y el derecho a la ciudad.** Jordi Borja.
- 52/2004. **Una propuesta para un comité de Bioética de España.** Marco-Antonio Broggi Trias.
- 53/2004. **Eficacia del gasto en algunas políticas activas en el mercado laboral español.** César Alonso-Borrego, Alfonso Arellano, Juan J. Dolado y Juan F. Jimeno.
- 54/2004. **Sistema de defensa de la competencia.** Luis Berenguer Fuster.
- 55/2004. **Regulación y competencia en el sector del gas natural en España. Balance y propuestas de reforma.** Luis Atienza Serna y Javier de Quinto Romero.
- 56/2004. **Propuesta de reforma del sistema de control de concentraciones de empresas.** José M^a Jiménez Laiglesia.
- 57/2004. **Análisis y alternativas para el sector farmacéutico español a partir de la experiencia de los EE UU.** Rosa Rodríguez-Monguió y Enrique C. Seoane Vázquez.
- 58/2004. **El recurso de amparo constitucional: una propuesta de reforma.** Germán Fernández Farreres.
- 59/2004. **Políticas de apoyo a la innovación empresarial.** Xavier Torres.
- 60/2004. **La televisión local entre el limbo regulatorio y la esperanza digital.** Emili Prado.
- 61/2004. **La universidad española: soltando amarras.** Andreu Mas-Colell.
- 62/2005. **Los mecanismos de cohesión territorial en España: un análisis y algunas propuestas.** Ángel de la Fuente.
- 63/2005. **El libro y la industria editorial.** Gloria Gómez-Escalonilla.
- 64/2005. **El gobierno de los grupos de sociedades.** José Miguel Embid Irujo, Vicente Salas Fumás.
- 65(I)/2005. **La gestión de la demanda de electricidad Vol. I.** José Ignacio Pérez Arriaga, Luis Jesús Sánchez de Tembleque, Mercedes Pardo.

- 65(II)/2005. **La gestión de la demanda de electricidad Vol. II (Anexos).** José Ignacio Pérez Arriaga, Luis Jesús Sánchez de Tembleque, Mercedes Pardo.
- 66/2005. **Responsabilidad patrimonial por daño ambiental: propuestas de reforma legal.** Ángel Manuel Moreno Molina.
- 67/2005. **La regeneración de barrios desfavorecidos.** María Bruquetas Callejo, Fco. Javier Moreno Fuentes, Andrés Walliser Martínez.
- 68/2005. **El aborto en la legislación española: una reforma necesaria.** Patricia Laurenzo Copello.
- 69/2005. **El problema de los incendios forestales en España.** Fernando Estirado Gómez, Pedro Molina Vicente.
- 70/2005. **Estatuto de laicidad y Acuerdos con la Santa Sede: dos cuestiones a debate.** José M.^a Contreras Mazarío, Óscar Celador Angón.
- 71/2005. **Posibilidades de regulación de la eutanasia solicitada.** Carmen Tomás-Valiente Lanuza.
- 72/2005. **Tiempo de trabajo y flexibilidad laboral.** Gregorio Tudela Cambroner, Yolanda Valdeolivas García.
- 73/2005. **Capital social y gobierno democrático.** Francisco Herreros Vázquez.
- 74/2005. **Situación actual y perspectivas de desarrollo del mundo rural en España.** Carlos Tió Saralegui.
- 75/2005. **Reformas para revitalizar el Parlamento español.** Enrique Guerrero Salom.
- 76/2005. **Rivalidad y competencia en los mercados de energía en España.** Miguel A. Lasheras.
- 77/2005. **Los partidos políticos como instrumentos de democracia.** Henar Criado Olmos.
- 78/2005. **Hacia una deslocalización textil responsable.** Isabel Kreisler.
- 79/2005. **Conciliar las responsabilidades familiares y laborales: políticas y prácticas sociales.** Juan Antonio Fernández Cordón y Constanza Tobío Soler.
- 80/2005. **La inmigración en España: características y efectos sobre la situación laboral de los trabajadores nativos.** Raquel Carrasco y Carolina Ortega.
- 81/2005. **Productividad y nuevas formas de organización del trabajo en la sociedad de la información.** Rocío Sánchez Mangas.
- 82/2006. **La propiedad intelectual en el entorno digital.** Celeste Gay Fuentes.
- 83/2006. **Desigualdad tras la educación obligatoria: nuevas evidencias.** Jorge Calero.
- 84/2006. **I+D+i: selección de experiencias con (relativo) éxito.** José Antonio Bueno Oliveros.
- 85/2006. **La incapacidad laboral en su contacto médico: problemas clínicos y de gestión.** Juan Gervas, Ángel Ruiz Téllez y Mercedes Pérez Fernández.
- 86/2006. **La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social.** Francisco Sevilla.
- 87/2006. **El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia.** Pilar Rodríguez Rodríguez.
- 88/2006. **La desalinización de agua de mar mediante el empleo de energías renovables.** Carlos de la Cruz.

