

# Políticas de Salud: especial referencia a Castilla y León \*

Dionisio Fernández de Gatta Sánchez

Profesor Titular de Derecho Administrativo. Facultad de Derecho de Salamanca  
Diplomado en Ciencias Ambientales y Planeamiento Urbanístico

Sumario: I. INTRODUCCIÓN: EL PROYECTO «CIUDADES SANAS» O «SALUDABLES». II. LAS POLÍTICAS COMUNITARIAS DE SALUD PÚBLICA Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRATADO DE LA UNIÓN EUROPEA. III. SALUD Y MEDIO AMBIENTE COMO VALORES CONSTITUCIONALES Y COMO FUNCIONES PÚBLICAS: A) Su fundamento en la teoría del «Estado Social». B) Su consideración como principios rectores de la política social y económica. C) Su consideración como funciones públicas. IV. LA DISTRIBUCIÓN DE COMPETENCIAS ENTRE EL ESTADO Y LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS EN MATERIA DE SALUD Y MEDIO AMBIENTE: A) Las previsiones constitucionales y de los Estatutos de Autonomía. La distinción de Comunidades Autónomas a efectos competenciales. B) La incidencia de la Ley Orgánica de Transferencias, de 1992, y de la reforma de los Estatutos de Autonomía, de 1994. C) El marco estatal: la Ley General de Sanidad de 1986 y el Sistema Nacional de Salud. V. LAS COMPETENCIAS DE CASTILLA Y LEÓN EN MATERIA DE SALUD Y MEDIO AMBIENTE: A) El contenido del Estatuto de Autonomía. La incidencia de la Ley Orgánica de Transferencias de 1992 y de la reforma del Estatuto de Autonomía (Ley Orgánica 11/1994, de 24 de marzo). B) El marco normativo relativo a la estructura territorial: la Ley 6/1986, de 6 de junio, reguladora de las relaciones entre la Comunidad de Castilla y León y las Entidades Locales; otras normas. C) El sistema normativo sanitario: la ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario y otras normas. D) La ley 5/1993, de 21 de octubre, de Actividades Clasificadas. Su trascendencia para la consecución de una adecuada política urbana de salud. VI. EL SISTEMA DE COMPETENCIAS LOCALES EN MATERIA DE SALUD Y MEDIO AMBIENTE: A) El marco constitucional. En particular, el principio de autonomía local y el régimen de competencias de las entidades locales. B) La Legislación Básica de Régimen Local. C) La Ley General de Sanidad. D) Las normas de Castilla y León y su incidencia en las entidades locales.

---

\* Este trabajo constituye inicialmente la ponencia presentada en el Curso Extraordinario sobre *Las Políticas de Salud en el Medio Urbano*, organizado por la Universidad y el Excmo. Ayuntamiento de Salamanca y celebrado los días 27 a 30 de abril de 1994. Posteriormente, se han continuado estas ideas en otras jornadas y Congresos sobre la misma materia. Se mantienen los textos originales de las conferencias y su carácter descriptivo, añadiéndose una bibliografía básica.

## I. INTRODUCCIÓN: EL PROYECTO «CIUDADES SANAS» O «SALUDABLES»

La revolución industrial (siglo XVIII) y su desarrollo ha permitido a un número cada vez mayor de hombres mejorar su nivel de vida y vivir en mejores condiciones. Sin embargo, tal progreso humano ha traído consigo importantes perjuicios para el hombre, entre los que se incluyen los relativos a la salud y al medio ambiente (agotamiento de recursos naturales, aparición de diversas contaminaciones, riesgos directos derivados de enfermedades originadas por la contaminación, etc.).

Intentando atender estas cuestiones, el 11 de diciembre de 1844, se crea en la ciudad de Exeter (RU), la Asociación por la Salud en las Ciudades, con el objetivo de intentar introducir modificaciones legislativas que pudieran mejorar la salud pública y provocar cambios en la actitud de los Gobiernos, a la vista de las condiciones poco saludables en que vivía parte de la población. La Asociación creada en Exeter se extendió rápidamente por el Reino Unido (Edimburgo, Liverpool, Manchester, Worcester, etc.).

Todas ellas discutieron básicamente sobre los trabajos de la Comisión por la Salud de las Ciudades, creada por el Gobierno en 1843.

De tales discusiones surgió lo que se conocería como la «idea sanitaria», es decir, la noción de que el hacinamiento, el saneamiento inadecuado y la ausencia de agua potable y de alimentos no contaminados habían creado las condiciones para la expansión de enfermedades epidémicas; entendiéndose que la respuesta se debería basar en estándares de vivienda, normativas higiénicas, pavimentación de calles y sistemas de agua potable y evacuación de residuos; financiado todo con fondos públicos.

El trabajo de la Asociación tuvo una importante influencia, tanto en otras instituciones (la Sociedad de Liverpool para la Protección del Comercio realizó, en 1845, diversos estudios sobre el agua potable, sugiriendo, ante los problemas existentes, que las autoridades públicas se hiciesen cargo del suministro de agua), como respecto al poder público (y así, en 1848 se publicó la Ley de Salud Pública, que unificó la legislación y los servicios de salud pública).

El gran «empuje» económico posterior a la II Guerra Mundial, al provocar una importante afectación al medio ambiente, ha traído consigo una concienciación social sobre el tema y una mayor intervención del poder público.

En materia de salud, más adelante (años 60 y 70) surge lo que se ha dado en llamar la «Nueva Salud Pública», que se basa en un interés por las Políticas pú-

blicas y por las conductas individuales y estilos de vida, incluidos en un contexto ecológico. Es decir, la redefinición del pensamiento sanitario desde una perspectiva ecológica o ambiental.

Uno de los documentos claves de este nuevo movimiento es el Informe LALONDE, publicado en 1974, en Canadá, titulado «Una nueva perspectiva de la Salud de los canadienses», que insistía en los diagnósticos sobre la salud de las ciudades.

Posteriormente, estas ideas se recogen, y se sistematizan, por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la estrategia «Salud para todos» (1981).

Un congreso celebrado en Toronto, en 1984, bajo el lema «Más allá de la asistencia sanitaria», enmarcó las políticas públicas saludables, bajo las nuevas ideas.

Ese mismo año surge la idea de «Ciudades Sanas» (Len DUHL), y es asumida por la OMS (Dra. Ilona KICKBUSCH), con la intención de trasladar la estrategia «Salud para todos» a un programa de acción tangible. Se instituyó un comité preliminar, coordinando el proyecto John ASHTON (Univ. de Liverpool).

Posteriormente, la OMS propició la estrategia «38 objetivos de salud para todos los ciudadanos de Europa» (1985), y su aplicación a nivel local.

El proyecto «Ciudades Sanas» de la OMS, con estos antecedentes, nace en el invierno de 1984-85, al elaborar la Oficina Europea de la OMS una propuesta para llevar a cabo un proyecto de promoción de la salud en cuatro o seis ciudades. El comienzo oficial del Proyecto será, no obstante, el congreso celebrado en Lisboa, en marzo de 1986, al que asistieron 21 ciudades.

La iniciativa tiene estos grandes elementos:

- Adopción de planes de salud en las ciudades, bajo los principios y documentos de la OMS.
- Modelos de acción que representen opciones diferentes para la acción, siempre ilustrativos de los principios de promoción de la salud.
- Investigación sobre su efectividad.
- Divulgación de estas ideas.
- Apoyo mutuo y colaboración entre ciudades.

Como tareas específicas se incluyeron:

- Crear un grupo intersectorial de alto nivel a fin de establecer una visión estratégica de la salud de la ciudad, y permitir el trabajo conjunto de los diversos servicios.
- Crear un grupo técnico, para análisis y planificación.
- Llevar a cabo un diagnóstico de la ciudad.
- Establecer líneas de trabajo entre la ciudad y las instituciones de educación.
- Que las Instituciones implicadas elaboren declaraciones de impacto de la salud de sus propias políticas.
- Generar un debate sobre la salud.
- Iniciar intervenciones específicas para mejorar la salud.

Posteriormente, la celebración en Liverpool de una reunión de expertos en salud pública y medio ambiente, en 1988, provocó avances hacia una visión compartida de la ciudad ecológica, basada en cuatro principios:

- Injerencia mínima en el estado natural, teniendo en cuenta que los nuevos desarrollos respetan el ambiente.
- Variedad máxima en la estructura física, social y económica de las ciudades.
- Tender hacia un sistema cerrado en salud urbana y medio ambiente.
- Balance equilibrado entre población y recursos (ambiente).

Principios que fueron asumidos por la Carta Europea sobre Medio Ambiente y Salud (OMS, 1989).

De estas sugerencias claramente se denota cómo en el «Proyecto Ciudades Sanas y Saludables» están presentes las estrechas relaciones entre medio ambiente y salud, con una importante participación del poder público.

La Conferencia Europea sobre Medio Ambiente y Salud, celebrada en Helsinki, bajo los auspicios de la OMS, los días 20 a 22 de junio de 1994, continuó

los trabajos, centrándose en particular en las ciudades, adoptando un plan de acción.

## II. LAS POLÍTICAS COMUNITARIAS DE SALUD PÚBLICA Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRATADO DE LA UNIÓN EUROPEA

Si bien los Tratados Comunitarios (1951-1957) no incluyeron referencias directas ni a la salud ni al medio ambiente, al no existir una importante concienciación sobre estos temas y al no haber ocurrido accidente o no aparecer problemas ambientales importantes, con el tiempo la intervención comunitaria será más importante.

Los problemas derivados de un tipo de crecimiento económico e industrial sin tener en cuenta los recursos naturales y afectación, posible, de las normativas ambientales de los Estados Miembros a los principios de la libre competencia (ejes del Tratado CEE), principalmente, provocarán una intervención progresiva de la Comunidad en ambas materias. Intervención que se basará en las referencias a la calidad de vida (del art. 2-TCEE) y en las competencias implícitas (del art. 235-TCEE); al no existir previsiones en los Tratados.

El cambio a esta situación (justificado en los problemas ambientales comunitarios, en la creación de distorsiones al mercado común por normas nacionales de medio ambiente y en su carácter transfronterizo) proviene de la inclusión de disposiciones ambientales en la reforma del Tratado CEE llevada a cabo por el Acta Única Europea (arts. 130 R a 130 T-CEE).

En efecto, el AUE formaliza jurídicamente la intervención de la Comunidad en materia ambiental, en una adecuada ordenación sistemática.

En dicha ordenación, el art. 130 R-1.º, TCEE señala los objetivos de la Política Ambiental Comunitaria en términos muy generales. Entre dichos objetivos, el Tratado incluye el de «contribuir a la protección de la salud de las personas», reconociendo, así, al máximo nivel jurídico, la estrecha relación entre salud y medio ambiente.

Por otra parte, la reforma del Tratado CEE incluye una referencia directa a la salud en el art. 100 A, en relación con la formalización del mercado interior, dicho artículo establece la técnica armonizadora como línea de actuación para conseguir dicho mercado. Entre los límites que el art. 100 A señala a las Instituciones Comunitarias en su actividad armonizadora, su párrafo 3.º prevé que la Comisión (y, por tanto, el Consejo), al elaborar sus propuestas en materia de salud, seguridad, protección del medio ambiente y protección de los consumi-

dores, se basará en «un nivel de protección elevado». Con ello y sin perjuicio de otras consideraciones sobre esta inclusión, la salud se convirtió en un objetivo de la política normativa de la Comunidad tendente a conseguir el mercado interior. Ciertamente, se le concede un mayor reconocimiento que en los Tratados Originarios, lo cual puede ser considerado positivo; pero dicho reconocimiento se hace en función del objetivo: el mercado interior.

El Tratado de la Unión Europea (firmado en Maastricht, el 7 de febrero de 1992; entrando en vigor el 1 de noviembre de 1993) en materia sanitaria supone un profundo cambio respecto a la situación precedente, al permitir acciones sanitarias concretas tendentes a la protección y fomento de la salud de los ciudadanos comunitarios.

En la importante modificación del Tratado CEE para constituir la renovada Comunidad Europea (art. G-TUE), se incluye el art. 129-TCE, relativo a «Salud Pública», reflejando en la práctica la previsión de que la Comunidad llevará a cabo «una contribución al logro de un alto nivel de protección de la salud», (art. 3-O TCE), como una de las acciones (políticas) para conseguir los fines previstos en el art. 2-TCEE para esa Comunidad, entre los que se incluyen «el crecimiento sostenible» y «la elevación del nivel y de la calidad de vida».

Dicho art. 129 establece que esa contribución comunitaria a la protección de la salud se realizará «fomentando la cooperación entre los Estados Miembros y, si fuese necesario, apoyando la acción de los mismos» (en lo que parece una reiteración del principio de subsidiariedad, recogido en el art. 3 B-TCE, como principio de actuación general de la Comunidad).

Las acciones de la Comunidad, en una concepción demasiado clásica de la salud pública, se dirigirán (art. 129-1.º TCE) a la prevención de enfermedades (de las más graves), incluyendo la toxicomanía, apoyando la investigación, la información y la educación sanitarias.

El apartado 2 del mismo precepto insiste en la coordinación entre los EM y con la Comisión de los programas y las políticas de salud; propiciando la Comisión su fomento.

Esta nueva Política Comunitaria tiene dos características: la de ser horizontal (pues sus exigencias serán un componente de las demás políticas comunitarias, art. 129-1.º TCE) y la de ser concurrente con terceros Estados y con Organizaciones Internacionales (art. 129-3.º TCE).

El proceso decisorio se establece en el art. 129-4.º, TCE, en dos procedimientos:

- Procedimiento de codecisión del art. 189 B, con consulta previa al CES y al Comité de las Regiones, para las medidas de fomento (excluyendo medidas armonizadoras), a decidir por el Consejo.
- Recomendaciones, a adoptar por el Consejo (mayoría cualificada) sobre propuestas de la Comisión.

Además (y tiene que ver, quizás, con la exclusión de referencias a la armonización) se mantiene la mención del AUE relativa a la salud en el, ahora, art. 100 A-TCE, desde la perspectiva del mercado interior.

Por su parte, la incidencia del TUE, al modificar y dar imagen a la nueva Comunidad Europea, respecto al «Medio Ambiente» (arts. 130 R a 130 T, TCE), se basa en la estructura de ese Título establecida por el AUE, y por lo que se refiere al tema de la salud se enfatiza la referencia existente como un objetivo de la Política Ambiental, al señalar que uno de ellos es «la protección de la salud de las personas».

Las actuaciones concretas de las Instituciones Comunitarias en materia de salud y medio ambiente tienen mucha relación, como veremos, con la salud en el medio urbano, y se adoptan incluso antes de la elaboración o entrada en vigor del TUE.

En materia de salud, el Consejo y los Ministros de Sanidad reunidos en Consejo, teniendo en cuenta el Tratado de Maastricht (ya firmado pero sin haber entrado en vigor), aprueban una Resolución de 27 de mayo de 1993, relativa a las futuras Acciones en el ámbito de la Salud pública (DOCE C174, 25 de junio de 1993).

El objetivo general de la cooperación y de las acciones comunitarias en esta materia, de acuerdo con la Resolución (punto 1), será garantizar a los ciudadanos comunitarios, en particular mediante medidas preventivas, un alto nivel de protección sanitaria mediante:

- El aumento de la esperanza de vida y la reducción de la muerte prematura (añadir años a la vida).
- El aumento de años que puedan vivirse sin enfermedades, la reducción o limitación de las consecuencias de enfermedades o minusvalías.

- El fomento de modos de vida y un entorno físico y social saludables y, en general, la mejora de la calidad de vida.

El instrumento para conseguirlo es la planificación o programación de esa cooperación y de las acciones (puntos 2 a 5).

Por lo demás, se hace referencia a la selección de acciones (puntos 6 a 10), a los métodos de cooperación (puntos 11 a 13), al carácter horizontal de la salud (puntos 14 y 15) y a la cooperación internacional y con terceros Estados (puntos 16 a 18).

En respuesta a esta Resolución, la Comisión adoptó, el 24 de noviembre de 1993, una «Comunicación sobre el Marco de Actuación en el ámbito de la Salud Pública» [COM (93) 559 final, Bruselas, 24 de noviembre de 1993], en la que traza las líneas de actuación en esta materia, con la finalidad de acompañar la entrada en vigor del Tratado de la Unión Europea (1 de noviembre de 1993).

La Comunicación incluye, entre los problemas actuales, la salud en los Estados Miembros de la Comunidad Europea, las enfermedades debidas a los cambios ambientales, teniendo en cuenta que las actividades de salud pública deben «aumentar la probabilidad de que las personas lleven una vida plena y sana», entre otras cuestiones. Recogiendo problemas y medidas relativas a la salud y el medio ambiente, en particular fomentando la coordinación entre los Estados miembros.

Dicha Comunicación dio lugar a una Resolución del Consejo de 2 de junio de 1994 (DOCE C 165, 17 de junio de 1994), en la que se establece la programación plurianual, dedicándose, en particular, a las grandes enfermedades.

La Comisión adoptó, el 1 de junio de 1994, una Comunicación y una Propuesta de Decisión relativa a un Programa de Acción de promoción de la Salud, la Información, la Educación y la Formación en la materia [COM (94) 202 final, DOCE C 252, 9 de septiembre de 1994], en la que se proponen medidas para los años 1995-1999, entre las cuales varias para «promover un modo de vida y un comportamiento sanos». Propuesta que se modificó el 18 de abril de 1995 por la Comisión [COM (95) 138, final, DOCE C 135, 2 de junio de 1995], retrasando el Programa para los años 1996-2000, y haciendo referencia a la incidencia en la salud de la situación de diversos barrios en las ciudades. Finalmente, fue adoptado por Decisión 645/96/CE, del PE y del Consejo, de 29 de marzo de 1996 (DOCE L 95, 16

de abril de 1996), incluyendo un enfoque horizontal, concentrándose en algunos factores importantes para la salud.

Por otra parte, la Comisión adoptó, el 16 de octubre de 1995, una propuesta sobre un Programa de seguimiento y control sanitarios [COM (95) 449 final, DOCE 338, 16 de diciembre de 1995], modificándose el 15 de mayo de 1996 [COM (96) 222 final, DOCE C 214, 24 de julio de 1996], recogándose los indicadores sanitarios a controlar, entre los cuales se incluyen aspectos de la calidad y las condiciones de vida, con materias relativas al medio ambiente (aire, agua, radiaciones, etc.); perfeccionándose las referencias al medio ambiente en el proceso decisorio [COM (96) 581, final, 11 de noviembre de 1996].

Además, la Comisión ha hecho públicos dos Informes sobre la Integración de la Salud en las Políticas Comunitarias [COM (95) 196 final, 29 de mayo de 1995, y COM (96) 407 final, 4 de septiembre de 1996], en los que se incluyen capítulos específicos sobre salud y medio ambiente; siendo aceptado el Segundo Informe por Resolución del Consejo, de 12 de noviembre de 1996 (DOCE C 374, 11 de diciembre de 1996).

Por último, la estrecha y recíproca relación entre salud y medio ambiente es claramente visible en el «Informe sobre la situación de la Salud en la Comunidad Europea», adoptado por la Comisión el 19 de julio de 1995 [COM (95) 357 final].

En materia de medio ambiente, la Comunidad Europea ha visto, desde hace años, con inquietud el progresivo deterioro estructural y ambiental de muchas de las ciudades comunitarias. El Cuarto Programa ambiental (1987-1992) constató que la situación de muchas de ellas, en 1985, presentaba condiciones considerablemente peores que las existentes hace diez o quince años; por lo que preveía una actuación en esta materia.

Como un primer paso para iniciar el debate y la reflexión señalando posibles líneas de actuación, la Comisión elaboró el «Libro Verde sobre el Medio Ambiente Urbano» (Doc. COM (90) 218 final, Bruselas, 26 de julio de 1990).

El Libro Verde se inicia con la constatación de que las ciudades europeas unen a su gran valor histórico y patrimonial el ser verdaderos focos de atracción socioeconómica y cultural, en el ámbito regional, al aglutinarse las actividades más importantes para el desarrollo humano (industrias, centros financieros, instituciones educativas y culturales, etc.); provocando un conjunto de problemas de medio ambiente urbano variados, numerosos y complejos.

Tales problemas, a efectos de exposición, se pueden agrupar en tres apartados:

a) Contaminación urbana

Las zonas urbanas, por su naturaleza de centros demográficos y de actividad económica, presentan, con carácter general, elevadas concentraciones de contaminantes. Concentraciones con claros efectos negativos sobre la salud; en particular la contaminación atmosférica y del agua, el ruido, la eliminación inadecuada de residuos y la existencia de suelos contaminados.

b) El entorno urbano edificado

Destacándose los centros históricos, y los peligros que se ciernen sobre ellos, debido a presiones especulativas, remodelaciones de edificios, etc., lo que ha traído consigo un deterioro generalizado, en el que hay que incluir, asimismo, el proceso de suburbanización, de ocupación por oficinas y establecimientos comerciales, y no por viviendas. Estos problemas no sólo se detectan en los centros históricos, sino también en las urbanizaciones cercanas a las ciudades.

c) La naturaleza en la ciudad

Desde hace tiempo se reconoce el valor que tienen los elementos naturales presentes en las zonas urbanas, y las dificultades para su generalización, por los peligros, comunes a los otros aspectos, ya reseñados.

A pesar de que estos problemas de las ciudades pueden quedar enmascarados por sus evidentes avances (la salud de sus habitantes, las viviendas mejor equipadas, las vías públicas y los edificios nuevos), tales problemas, de evidente incidencia en la salud, son reales, y a ellos trata de hacer frente el Libro Verde.

Los ámbitos de actuación previstos incluyen la planificación urbanística, el transporte urbano, la protección del patrimonio histórico-artístico y del entorno natural, la gestión del agua, medidas sobre la industria urbana, gestión de la energía, residuos, información y participación.

El texto fue acogido favorablemente por la Resolución del Consejo de 28 de enero de 1991 (DOCE C 33, 8 de febrero de 1991). Asimismo, el quinto Programa Ambiental (1993-2000), aprobado el 1 de febrero de 1993, mantiene dicha iniciativa y la continuación de los trabajos.

Como respuesta al Libro Verde, la Comisión y el grupo de expertos, previsto en la resolución citada, pusieron en marcha, en 1993, el proyecto «Ciudades sostenibles», con el objeto de patrocinar los intercambios de experiencias sobre el desarrollo sostenible a nivel local y de difundir los resultados más concluyentes. La Conferencia celebrada en Alborg, los días 24 al 27 de mayo de 1994, supuso la

consolidación de la iniciativa, al firmarse una carta en tal sentido. Durante 1995, la Comisión continuó el proyecto, concentrándose en los aspectos sociales y económicos. El proyecto continuó su consolidación con la Conferencia celebrada en Lisboa, los días 6 al 8 de octubre de 1996, al contar con participantes de Estados terceros y organizaciones privadas.

### **III. SALUD Y MEDIO AMBIENTE COMO VALORES CONSTITUCIONALES Y COMO FUNCIONES PÚBLICAS**

#### **A) Su fundamento en la teoría del «Estado Social»**

El Estado configurado por la Constitución, según señala su artículo 1-1.º, es un «Estado social y democrático de Derecho», definición que comporta, sin perjuicio de otras posibles consecuencias, la opción (por su calificación de «social») en favor del moderno Estado surgido tras la II Guerra Mundial, que, sin renunciar a la conquista histórica del Estado de Derecho, asume un relevante protagonismo en la vida de la sociedad y, por tanto, una responsabilidad de primera magnitud en la satisfacción de las necesidades y en la consecución de los objetivos sociales.

Fruto de esa responsabilidad social del Estado, la Constitución incluye, según denominación de los constitucionalistas alemanes, diversas «determinaciones de fines del Estado» (es decir, de los poderes públicos). Entre ellos, se encuentran, en el art. 43, el reconocimiento del derecho a la salud y la responsabilidad de los poderes públicos de, entre otras cuestiones, tutelar la salud pública, y, en el art. 45, el derecho a un medio ambiente adecuado para el desarrollo de la persona y la responsabilidad de los poderes públicos de velar por la utilización racional de los recursos naturales, con el fin de proteger y mejorar la calidad de la vida y defender y restaurar el medio ambiente.

El reconocimiento (fruto de la teoría del Estado social) de los denominados derechos de carácter económico y social conduce, según señala la STC 18/1994, de 7 de febrero, a la intervención del Estado para hacerlos efectivos.

#### **B) Su consideración como principios rectores de la Política Social y Económica**

Ambos arts. 43 y 45 se encuentran ubicados en el Capítulo III del Título I de la Constitución, entre los principios rectores de la política social y económica.

Según el art. 53-3.º, «El reconocimiento, el respeto y la protección de los principios reconocidos en el Capítulo Tercero, informarán la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos. Sólo podrán ser alegados ante la Jurisdicción ordinaria de acuerdo con lo que dispongan las leyes que los desarrollen».

A pesar de la poco feliz redacción del precepto, desde el primer momento la Constitución fue considerada como una norma jurídica, de acuerdo con las STC 16/1982, de 28 de abril, y 80/1982, de 20 de diciembre, entre otras. Así, la Constitución enuncia efectivos preceptos normativos y no meros principios programáticos.

Esto no significa el que todos los apartados de la Constitución tengan los mismos efectos jurídicos. Hay una gradualidad, sin duda, en los mismos.

Así, en la cúspide de la efectividad y de la protección están los derechos fundamentales y libertades públicas (STC 39/1983, de 17 de mayo, entre otras); le seguirían las disposiciones organizativas, y, finalmente, los principios rectores de la política social y económica.

No obstante, la STC 19/1982, de 5 de mayo, estima que el propio art. 53-3.º, Const., «impide considerar a tales principios como normas sin contenido».

Las implicaciones jurídicas de estos principios afectan a los tres clásicos poderes del Estado:

a) Al legislador. Es el encargado de desarrollarlos por ley, para darles plena virtualidad aplicativa por los tribunales. Tales principios son un parámetro de constitucionalidad de las leyes correspondientes (SSTC 45/1989, de 20 de febrero, y 192/1991, de 14 de febrero). El único problema es la omisión legislativa, pues no existe obligación de legislar en este punto.

b) A los jueces y tribunales. El ordenamiento jurídico debe ser interpretado conforme a la Constitución, a toda la Constitución, incluidos los principios (STC 19/1982, de 5 mayo).

c) Al Gobierno y a la Administración. En el contexto del Estado Social, a la Administración Pública se le impone perseguir determinados objetivos en su actividad; objetivos previstos en la Constitución y que, por eso, no admiten excusa de falta de habilitación legislativa; entre los que se encuentran significativamente los principios rectores.

### **C) Su consideración como funciones públicas**

El propio Texto Constitucional, siguiendo las pautas de la teoría del Estado Social, prevé que la razón principal de la existencia de las Administraciones Públicas es perseguir una serie de fines sociales, entre los que se encuentran la protección y el fomento de la salud y del medio ambiente; ya que el carácter «servicial» con que se define a la Administración Pública en la Constitución (art. 103: «La Administración Pública sirve con objetividad los intereses generales ...») así lo exige.

Es más, por lo que se refiere a la salud, la STS de 1 de octubre de 1984 (ar. 4690), derivándolo de la Constitución, señala que:

«... la naturaleza de la acción sanitaria deberá concebirse como un servicio público, máxime después de la declaración constitucional —art. 43.2.º— de que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios sanitarios.»

Si estas materias (salud y medio ambiente) se consideran funciones públicas, y, en particular, funciones de las Administraciones Públicas, hemos de determinar la distribución de competencias pertinente, teniendo en cuenta el carácter del Estado como descentralizado políticamente. Para ello hemos de acudir al Título VIII de la Constitución. Así lo señalan las SSTC 32/1983, de 28 de abril, y 47/1983, de 20 de mayo.

## **IV. LA DISTRIBUCIÓN DE COMPETENCIAS ENTRE EL ESTADO Y LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS EN MATERIA DE SALUD Y MEDIO AMBIENTE**

### **A) Las previsiones constitucionales y de los EE.AA. La distinción de CC.AA. a efectos competenciales**

Las previsiones constitucionales sobre el reparto de competencias en materia de salud-sanidad son diversas, no estableciendo un régimen uniforme para las diversas acciones o intervenciones públicas que comprende.

El art. 148-1., 21, Const., permite que las CC.AA. de segundo grado (vía art. 143-Const.) asuman competencias en materia de «Sanidad e Higiene». Permitiendo la asunción de competencias de forma amplia y flexible.

Por su parte, el art. 149-1., 16 y 17, Const., reserva en exclusiva al Estado las siguientes materias:

«16.ª Sanidad exterior. Bases y coordinación general de la sanidad. Legislación sobre productos farmacéuticos.

«17.ª Legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las CC.AA.»

De una interpretación de estos preceptos podemos señalar, con MUÑOZ MACHADO:

- La «Sanidad exterior» es una materia que se desglosa del tronco común de la «sanidad», y se reserva plenamente al Estado, a quien, por tanto, pertenecen las funciones legislativas y ejecutivas en relación con la misma.
- La competencia genérica del Estado en materia de sanidad se refiere a las «bases y coordinación general».

De acuerdo con la doctrina del Tribunal Constitucional, la noción de «bases» tiene elementos materiales (fijación de principios generales y comunes de ordenación de la materia, STC 32/1981, de 28 de julio) y formales (que la norma básica venga incluida en Ley votada en Cortes que designe expresamente su carácter de básica, STC 69/1988, de 19 de abril, si bien ciertas decisiones y actuaciones para la regulación inmediata de situaciones concretas, pueden tener el carácter de básicas, por su interdependencia en todo el territorio nacional y su incidencia en los fundamentos del sistema normativo, STC 54/1990, de 28 de marzo).

Las «bases» a las que se refiere el art. 149.1.16.ª, Const., son competencias normativas que persiguen una regulación uniforme y de vigencia en todo el territorio del Estado (SSTC 1/1982, de 28 de enero, y 54/1990, de 28 de marzo).

La noción de «coordinación general» en materia sanitaria, supone «la fijación de medios y de sistemas de relación que hagan posible la información recíproca, la homogeneidad técnica en determinados aspectos y la acción conjunta de las autoridades sanitarias estatales y comunitarias en el ejercicio de sus respectivas competencias» (SSTC 32/1983, de 28 de abril, y 54/1990 de 28 de marzo); incluyéndose en dicha materia «la planificación general sanitaria» (STC 32/1983, 28 de abril).

Los EE.AA. de las CC.AA. de segundo grado, de acuerdo con el art. 148-1-21.º Const., han recogido como competencias ordinarias el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado en materia de «Sanidad e higiene».

Los EE.AA. de las CC.AA. de primer grado fijan las competencias de acuerdo con las previsiones del art. 149-Const.; así:

- no han asumido competencias en materia de sanidad exterior; sí que lo han hecho sobre sanidad interior, en los términos señalados.
- establecen que podrán organizar y administrar todos los servicios sanitarios y ejercer la tutela correspondiente, «reservándose el Estado la alta inspección» en la materia; aludiéndose con esto último a la potestad de vigilancia sobre la ejecución de las leyes estatales y el cumplimiento de los deberes constitucionales (STC 32/1983, de 28 de abril).

En materia de medio ambiente, el art. 149-1-23.<sup>a</sup>, Const., reserva al Estado, con carácter exclusivo, «la legislación básica sobre protección del medio ambiente». A las CC.AA. de segundo grado, constituidas por la vía del art. 143, le corresponde únicamente «la gestión en materia de protección del medio ambiente» (art. 148-1-9.<sup>o</sup>, Const.), competencia de mera ejecución que no incluye, ni siquiera, la posibilidad de dictar reglamentos sustantivos, sino únicamente los organizatorios.

Las CC.AA. de primer grado pueden desarrollar la legislación básica del Estado, mediante la aprobación de normas legislativas incluso, y la aprobación de «Normas adicionales de protección» del medio ambiente (art. 149-1.-23, Const.).

## **B) La incidencia de la LO de Transferencias, de 1992 y de la reforma de los Estatutos de Autonomía, de 1994**

Transcurrido, con creces, el plazo de 5 años, previsto en el art. 148-2., Const., para que las CC.AA. de segundo grado ampliasen sus competencias en el marco del art. 149, y después de problemas políticos y de un interesante debate doctrinal sobre el procedimiento a seguir, los Pactos Autonómicos de 28 de febrero de 1992, firmados en Madrid por el Gobierno de la Nación, el PSOE y el PP, facilitaron dicha ampliación a través de la LO de Transferencia del art. 150-Const., para, después, reformarse los EE.AA. en dicho sentido.

Para ello, se aprobó la Ley Orgánica 9/1992, de 23 de diciembre, de Transferencia de Competencias a las CC.AA., que accedieron a la autonomía por la vía del art. 143-Const. (BOE 24 dic.).

El art. 3-e, LO, transfiere a dichas CC.AA. «el desarrollo legislativo y la ejecución», «en el marco de la legislación básica del Estado y, en su caso, en

los términos que la misma establezca», en relación con «Normas adicionales de protección del medio ambiente».

De acuerdo con lo establecido en los Pactos Autonómicos, posteriormente se reformaron los Estatutos de Autonomía para integrar en su texto la ampliación de competencias.

En efecto, la reforma de los EE.AA. de las CC.AA., del art. 143 se ha llevado a cabo por Leyes Orgánicas 1 a 4 y 6 a 11/1994, de 24 de marzo (BOE del 25 de marzo).

De acuerdo con los nuevos textos de los EE.AA., en materia de «sanidad e higiene» continúan, estas CC.AA., ostentando el desarrollo legislativo y la ejecución; en materia de medio ambiente, y como novedad, ostentan, a partir de ahora, la competencia de desarrollo legislativo y la ejecución, en el marco de la legislación básica, y, en su caso, en los términos que establezca, en materia de «Normas adicionales de protección de medio ambiente», continuando con las competencias de gestión o ejecución de la Normativa ambiental del Estado, ya previstas en los textos originarios de EE.AA. (*Vid.*, p.ej.: nuevos arts. 10, 11 y 12 del EA de Asturias, LO 1/1994, de 24 de marzo, BOE del 25).

### **C) El marco estatal: la Ley General de Sanidad de 1986 y el Sistema Nacional de Salud**

Teniendo en cuenta las precisiones constitucionales (arts. 43, 51, 149-1-1. y 139-2., Const.), las SSTC 32/1983, de 28 de abril, y 42/1983, de 20 de mayo, señalan que:

«De la interpretación sistemática de todos esos preceptos se infiere la exigencia constitucional de que exista un sistema normativo de la sanidad nacional, puesto que los derechos que en tal sentido reconoce la Constitución en los art. 43 y 51 o complementariamente, en otros, como el art. 45-1.º, 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.»

La elaboración de un nuevo texto legal general en materia de sanidad vino a responder a una necesidad imperiosa, dado que la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944 había quedado superada por la evolución social y sanitaria, y, en particular, por la necesidad de adecuar la acción pública sanitaria al Estado de las Autonomías.

Así, se elaboró la Ley 14/1996, de 25 de abril, General de Sanidad (BOE del 29), y unos días antes se aprobó la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en materia de Salud pública (BOE del 29), si bien no afecta a las líneas centrales de la Ley General de Sanidad.

Del texto de la Ley General de Sanidad se pueden obtener los siguientes principios generales, en relación con nuestras materias:

a) La Ley de Sanidad aspira a superar definitivamente la fragmentación de competencias que ha caracterizado nuestra Administración Sanitaria, al implicar varias organizaciones desconectadas entre sí para atender los diferentes aspectos de la acción pública sanitaria.

Esta situación se pretende superar propiciando una visión integral o global de la materia sanitaria; entendida en sentido amplio, comprendiendo todas las acciones públicas que tienen que ver con la protección de la salud de los ciudadanos (arts. 1-1.º y 45-LGS).

El principio de «globalidad» o de «integración» se expresa en el art. 4-1.º, LGS, al señalar que:

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

b) La descentralización de la sanidad se incluye en el texto de la Ley General de acuerdo con la Constitución y los EE.AA.

La Ley General de Sanidad procede a articular las competencias del Estado con las de las CC.AA., y las de éstas con las de las Corporaciones Locales.

Esta doble articulación se lleva a cabo en base al principio de globalidad o integración, señalado, cuya consagración tiene dos implicaciones:

- La definición pormenorizada de las competencias estatales que tienden y permiten asegurar la unidad del sistema sanitario.
- La existencia de un principio general de competencia autonómica sobre la materia (art. 41-2.º, LGS: «Las decisiones y actuaciones públicas previstas en esta Ley que no se hayan reservado expresamente al Estado se entenderán atribuidas a las Comunidades Autónomas») y la integración de todos los servicios sanitarios existentes en cada CA en un sistema organizativo único, lo cual, como veremos, comporta importantes limita-

ciones para las competencias sanitarias locales (*Vid.* art. 51-3.º, LGS: «Las Administraciones territoriales intracomunitarias no podrán crear o establecer nuevos centros o servicios sanitarios, sino de acuerdo con los planes de salud de cada Comunidad Autónoma y previa autorización de la misma»).

Hay pues una doble transferencia hacia las CC.AA.: la de centros y servicios estatales, y la relativa a los centros de las Corporaciones Locales, que implica la adscripción funcional al Servicio de Salud de cada CA, sin perjuicio que las Corporaciones Locales puedan mantener la titularidad (artículo 50-1.º y 2.º y DT-1.ª, LGS).

El art. 42-3.º, LGS, prevé una serie de competencias locales, como responsabilidades mínimas de los Ayuntamientos, pero, en todo caso, «sin perjuicio de las competencias de las demás Administraciones Públicas».

Esta concentración de competencias en el ámbito autonómico era la única opción viable, a nuestro modo de ver, si se quería mantener el principio de globalidad, señalado, puesto que, al margen de que sea la opción más adecuada desde el punto de vista funcional (dimensión espacial y demográfica suficiente), no parece que una atribución general de las competencias sanitarias ejecutivas al ámbito local —«saltándose» el nivel autonómico— fuese posible en nuestro país desde el punto de vista constitucional (los EE.AA., de acuerdo con la Constitución, atribuyen a las CC.AA. el desarrollo legislativo y la ejecución en relación con la sanidad; lo cual no es posible que hubiese sido ignorado por el Estado en la LGS).

Esta redacción trata de ser «compensada» por la LGS (así EM-LGS, Apdo. III), a través de la participación local en el control y en la gestión de las Áreas de Salud (art. 56.3.º, LGS).

c) El principio de igualdad constituye el tercer principio de la LGS, derivado del principio constitucional de igualdad, de alcance general (arts. 9-2. y 14 Const. ), y que tiene una proyección en la estructura territorial del Estado (arts. 138, 139-1. y 149-1-1.º, Const.).

La LGS se preocupa especialmente por evitar que la organización de nuestra Sanidad conforme al principio autonómico se traduzca en la existencia de desequilibrios en la protección de la salud de los ciudadanos.

d) La participación ciudadana en la Administración Sanitaria.

La formulación general de este principio, con variadas proyecciones en nuestra Administración Pública, se establece en el art. 5, LGS:

«Los Servicios Públicos de Salud se organizarán de manera que sea posible articular la participación comunitaria a través de las Corporaciones Territoriales correspondientes en la formulación de la política sanitaria y en el control de su ejecución ...»

e) Gestión pública directa y gestión privada de los servicios sanitarios.

Sin perjuicio de que la LGS opte por la gestión pública directa de tales servicios, son posibles formas de gestión privada (arts. 88 y 89-LGS); siendo reguladas, estas últimas, inicialmente, mediante el Real Decreto-Ley 10/1996, de 17 de junio (BOE del 18), y, en la actualidad, por Ley 15/1997, de 25 de abril (BOE del 26), sobre Habilitación de nuevas formas de Gestión del Sistema Nacional de Salud.

La organización sanitaria pública se engloba en la LGS bajo la denominación de «Sistema Nacional de Salud».

La Ley de Sanidad define el SNS como «el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, en los términos previstos en la presente Ley» (art. 44-2.º, LGS). Definición de carácter finalista, al señalar que el Sistema Nacional de Salud integra «todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con lo previsto en la presente Ley, son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud» (art. 45-LGS). Función «globalizadora», ya señalada, que plasma la acción, la acción pública sanitaria, de acuerdo con el mandato previsto en el art. 43 de la Constitución.

El ensamblaje de este conjunto de servicios se lleva a cabo a través del ejercicio de las competencias estatales previstas en la Ley y a través de las pautas unitarias que deben presidir la organización de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

De acuerdo con la Constitución, la Ley de Sanidad contempla numerosas competencias estatales:

- El art. 40 LGS contiene una larga lista de tales competencias (que procede del RD de Coordinación y Planificación Sanitaria, de 1981, después de su paso por el Tribunal Constitucional), entre las que es destacable, para nuestra materia, «la determinación, con carácter general, de los métodos de análisis y medición de los requisitos técnicos y condiciones mínimas en materia de control sanitario del medio ambiente» (apdo. 1).
- El art. 43 LGS se refiere a la Alta Inspección.

- La coordinación general se prevé en los arts. 70 y ss. de LGS, aunque lo que aborda es la Planificación Sanitaria, que se plasma:
  - algunas competencias coordinadoras del Estado, previstas en el art. 40 de LGS;
  - el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (art. 47 LGS), integrado por representantes del Estado y de las CC.AA., y presidido por el Ministro de Sanidad y Consumo;
  - la posibilidad del Estado de fijar objetivos mínimos y prioridades (art. 70-2.º, LGS), que serán tenidos en cuenta por las CC.AA. (art. 70-4.º, LGS);
  - el Plan Integrado de Salud (arts. 74 y ss. LGS), como documento único que recoge los planes estatales, los planes autonómicos y los conjuntos;
  - funciones financieras del Estado.

La Ley de Sanidad parte, como sabemos, de un principio general de atribución de todos los servicios de carácter ejecutivo a las CC.AA., gestionándolos bajo su propia responsabilidad, ejerciendo, además, los poderes normativos que no se haya reservado el Estado (arts. 2-2.º y 41, LGS). No obstante, la asistencia sanitaria prestada por el Estado a través del INSA-LUD no se ha transferido a las CC.AA. de segundo grado por la LO 9/1992, de 23 de diciembre, citada, con lo que se mantiene una sintomática diferencia con las CC.AA. de primer grado.

La LGS prevé que las CC.AA. organicen su Servicio de Salud (DT-3.ª, 2), y no se desentiende de su configuración, sino que establece pautas en relación a los mismos:

- principios y determinaciones que la Ley establece en relación con todo el sistema sanitario:
  - prioridades generales en la acción pública sanitaria (art. 3-LGS);
  - relaciones entre la Administración sanitaria y los administrados (arts. 9, 10, 11, 14 y 16 LGS);
  - acción administrativa de limitación (arts. 23 y ss., LGS);
  - infracciones y sanciones (arts. 32 y ss., LGS);

- principios sobre acción pública en materias concretas (salud mental, art. 20; salud laboral, art. 21; docencia, arts. 104 y 105, etc.).
- pautas organizativas mínimas que la Ley impone a las Comunidades Autónomas:
  - previsión de un Servicio de Salud integrado en cada CA (artículo 50 LGS), englobando los centros, servicios y establecimientos de titularidad de la CA y los de las Corporaciones Locales, que se adscriben funcionalmente;
  - esta «centralización» conectada a la integración anterior se «compensa» (EM-LGS, Apdo. III) con la previsión de una estructura desconcentrada de los Servicios de Salud al contemplar su articulación en demarcaciones territoriales denominadas «Áreas de Salud» y con la participación de las Corporaciones Locales en su dirección (art. 56-LGS). Las Áreas de Salud, que operan bajo el principio de integración de la acción pública sanitaria, son demarcaciones del Servicio de Salud a constituir por las CC.AA., una en cada provincia al menos, y con una población entre 200 y 250 mil habitantes;
  - además, la LGS (arts. 57 a 69) establece la regulación detallada de los Servicios de Salud, como regulación supletoria de las normas de las CC.AA. y en su defecto. Así, se contemplan los órganos de las Áreas de Salud (Consejo de Salud, Consejo de Dirección y Gerente, arts. 57 a 60-LGS), la existencia de un hospital general (art. 65-LGS), la división del Área en «Zonas básicas de salud», a efectos de organización de la atención primaria, en la que se prevé el «Centro de Salud» (arts. 62 y 63-LGS).

En este contexto del marco normativo estatal de la sanidad establecido por la Ley General de Sanidad, cobran especial importancia, de acuerdo con su consideración como valores constitucionales, las acciones públicas en relación con la sanidad ambiental. Así, el art. 19-LGS señala:

1. Los poderes públicos prestarán especial atención a la sanidad ambiental, que deberá tener la correspondiente consideración en los programas de salud.
2. Las autoridades sanitarias propondrán o participarán con otros Departamentos en la elaboración y ejecución de la legislación sobre:
  - a. Calidad del aire.

- b. Aguas.
- c. Alimentos e industrias alimentarias.
- d. Residuos orgánicos sólidos y líquidos.
- e. Suelo y Subsuelo.
- f. Las distintas forma de energía.
- g. Transporte colectivo.
- h. Sustancias tóxicas y peligrosas.
- i. La vivienda y el urbanismo.
- j. El medio escolar y deportivo.
- k. El medio laboral.
- l. Lugares, locales e instalaciones de esparcimiento público.
- m. Cualquier otro aspecto del medio ambiente relacionado con la salud.

Cuestión que se enmarca perfectamente en las previsiones ambientales recogidas, en el art. 18 LGS, como actuaciones sanitarias del Sistema de Salud, en materia de aguas, contaminación del aire, residuos y, en general, la vigilancia sanitaria y la adecuación a la salud del medio ambiente en todos los ámbitos de la vida.

## **V. LAS COMPETENCIAS DE CASTILLA Y LEÓN EN MATERIA DE SALUD Y MEDIO AMBIENTE**

### **A. El contenido del Estatuto de Autonomía. La incidencia de la LO de Transferencias de 1992 y de la reforma del Estatuto de Autonomía (LO 11/1994, de 24 de marzo)**

El acceso a la autonomía por la vía del art. 143-Const. ha traído consigo, hasta época reciente, que Castilla y León, cuyo Estatuto de Autonomía se aprobó por Ley Orgánica 4/1983, de 25 de febrero (BOE de 2 de marzo), únicamente pudiera asumir competencias de «gestión en materia de protección del medio ambiente», de acuerdo con el art. 148-1., 9, Const.; rigiendo, por tanto,

plenamente la normativa estatal en materia ambiental en la Comunidad Autónoma.

En base a estas previsiones, el art. 28-EACL señalaba que le correspondía a la Comunidad, «en los términos que establezcan las leyes y las normas reglamentarias que en su desarrollo dicte el Estado», la función ejecutiva en materia de «protección del medio ambiente, del entorno natural y del paisaje...»; teniendo, por tanto, muy poco margen de actuación autónoma, ya que los conceptos de «gestión» o «función ejecutiva» no engloban, ni siquiera, la posibilidad de dictar reglamentos materiales o sustantivos, sino sólo de carácter organizatorio.

No obstante, esta situación ha cambiado en función de la Ley Orgánica 9/1992, de 23 de diciembre, de Transferencias de Competencias a las CC.AA. de segundo grado (BOE del 24), ya citada. En efecto, mediante su art. 3 se transfirió a Castilla y León, entre otras, el desarrollo legislativo y la ejecución en materia de «normas adicionales de protección del medio ambiente», en el marco de la legislación básica del Estado.

Posteriormente, para integrar la ampliación de competencias en el Estatuto de Autonomía se modifica éste, mediante Ley Orgánica 11/1994, de 24 de marzo (BOE del 25), a fin de reformar los arts. 24 y 26 a 29 del mismo.

El nuevo art. 27-EACL señala que «es competencia de la Comunidad de Castilla y León el desarrollo y ejecución de la legislación del Estado», en materia de «Normas adicionales de protección del medio ambiente», en el marco de la legislación básica del Estado y, en su caso, en los términos que establezca. En esta materia, según establece el art. 27-2.º, EACL, y salvo norma en contrario, corresponde además a la Comunidad la potestad reglamentaria, la gestión y la función ejecutiva, incluida la inspección.

Asimismo, subsiste la mención al medio ambiente en el nuevo art. 28-EACL, relativo a las competencias de ejecución de la Comunidad Autónoma.

En materia de salud, el Estatuto de Autonomía, en su versión originaria, hace referencia, en el art. 27, a la competencia de desarrollo y ejecución de la legislación del Estado en materia de «Sanidad e Higiene. Promoción, prevención y restauración de la salud», en el marco de la legislación básica del Estado y en los términos que la misma establezca. Referencia que no ha cambiado en el nuevo art. 27-EACL.

Por otro lado, el art. 27-8.º, EACL, prevé competencias de desarrollo y de ejecución de la legislación básica del Estado en materia de «defensa del consumidor y usuario», de acuerdo con las bases y coordinación general de la sani-

dad. Por último, y teniendo en cuenta que los Pactos Autonómicos de 1992 no estimaron la transferencia en materia de «Seguridad Social», se ha suprimido la referencia expresa que existía, antes de la reforma, en el art. 29-1.º, 12, Estatuto de Autonomía de Castilla y León.

**B. El marco normativo relativo a la estructura territorial: la Ley 6/1986, de 6 de junio, reguladora de las relaciones entre la Comunidad de Castilla y León y las Entidades Locales; otras normas**

El art. 19-EACL, de acuerdo con lo establecido en la Constitución, reconoce, dentro del Capítulo dedicado a la «Organización Territorial», la autonomía y la personalidad de los municipios, considerándolos la entidad territorial básica de la CA, y de las provincias, configurándolas, por su parte, como el ámbito territorial para el desarrollo y gestión de las competencias y funciones de la Comunidad. Además, se prevé la creación de comarcas, mediante leyes autonómicas específicas.

Asimismo, el art. 20-EACL señala que las relaciones entre la CA y la Entidades Locales se regularán de acuerdo con la legislación del Estado y el propio Estatuto. En base a ello, remite a una Ley autonómica la regulación de la gestión ordinaria de sus servicios a través de las Diputaciones, la coordinación de las funciones de éstas y la transferencia o delegación de facultades correspondientes a materias de competencia autonómica en las mismas Diputaciones y en otras Entidades Locales.

En su desarrollo se aprobó la Ley 6/1986, de 6 de junio, reguladora de las Relaciones entre la Comunidad de Castilla y León y las Entidades locales (BOCL n.º 64, de 11 de junio de 1986).

La Ley, en su art. 1, reconoce los principios de autonomía, descentralización, desconcentración, coordinación, solidaridad y eficacia, ya previstos en la Constitución y en la LBRL, como principios inspiradores de la organización territorial de la Comunidad Autónoma.

La Comunidad se organiza territorialmente (art. 1-2.º) en municipios y provincias; si bien se prevé la posibilidad de creación de comarcas y otras entidades supramunicipales.

El art. 2 de la Ley, siguiendo la normativa del Estado sobre régimen local, reconoce como principios a que han de ajustarse las relaciones entre la CA y las Entidades Locales, los de información mutua, colaboración, coordinación y respeto a los correspondientes ámbitos competenciales.

El reconocimiento de las competencias de las Entidades locales se hará, según lo previsto en la Legislación Básica de Régimen Local, como veremos, en Leyes sectoriales autonómicas, procediéndose a las transferencias necesarias según el marco establecido en la propia Ley (art. 3).

Los arts. 4 y 5 de la Ley hacen posible realizar transferencias y delegaciones de funciones y competencias de la CA en favor de las Diputaciones Provinciales y Ayuntamientos con más de 20.000 habitantes.

El régimen jurídico de las transferencias de funciones (arts. 6 a 10) supone que se transfiere la titularidad de las mismas, en Leyes sectoriales específicas; se deben transferir las facultades, servicios y medios (personales, materiales y financieros) necesarios; en el caso de las Diputaciones, la transferencia ha de hacerse a todas ellas.

Por su parte, la delegación de competencias (arts. 11 a 15, Ley 6/1986) impone que las entidades locales no asumen las titularidades de las competencias delegadas. La delegación efectiva se lleva a cabo por Decretos de la Junta, en los que se incluyen las funciones delegadas y los medios. Si la delegación es en favor de las Diputaciones, ha de hacerse conjuntamente para todas y se requiere la previa aceptación por parte de ellas. La Comunidad Autónoma se reserva facultades de dirección y control.

La Ley 6/1986 se completa con la regulación de la cooperación y la coordinación con y de las Entidades Locales (arts. 21 a 27) y con una serie de disposiciones orgánicas (arts. 16 a 20).

Por otra parte, tanto el art. 19-3.º, EACL, como el art. 1-3.º, Ley 6/1986, prevén la posibilidad de crear comarcas, mediante leyes autonómicas específicas. Así, mediante la Ley 1/1991, de 14 de marzo (BOCL n.º 55, de 20), se ha creado y regulado la Comarca de El Bierzo (León). Su art. 1 crea esta comarca como entidad local. Sus competencias se establecen en los arts. 4 y 9, en los términos que establezcan leyes autonómicas sectoriales, en materia de ordenación del territorio y urbanismo, sanidad, salubridad pública y medio ambiente, etc.; siendo posible la transferencia y delegación de otras.

### **C) El sistema normativo sanitario: la Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario y otras normas**

En base a las competencias, señaladas, de la CA de Castilla y León, y a la legislación básica del Estado, se aprobó la Ley 1/1993, de 6 de abril, de Orde-

nación del Sistema Sanitario (BOCL n.º 77, de 27 de abril; corrección de errores en BOCL de 3 mayo).

La Ley tiene como objetivos (art. 1):

- La ordenación general de las actividades sanitarias de las entidades públicas y privadas en Castilla y León.
- La regulación general de las actuaciones de los poderes públicos para hacer efectivo el derecho a la salud, mediante la creación y ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León, integrado en el SNS.
- La constitución de la Gerencia Regional de Salud, como órgano de gestión.

La Ley establece unos principios rectores (art. 2) y reconoce unos derechos y deberes del ciudadano ante el sistema sanitario (arts. 4 a 6), en la misma línea que la Ley General de Sanidad.

El Sistema de Salud de Castilla y León (arts. 7 y 8) comprende «el conjunto de actividades, servicios y recursos de la propia Comunidad Autónoma, Diputaciones y Ayuntamiento», dirigidos a hacer efectivo el derecho a la Salud. Entre las actividades y servicios comprendidos en el sistema, se incluyen, entre otros, el «control sanitario y prevención de los riesgos para la salud derivados de la contaminación del aire, agua y suelo»; así como el control de establecimientos públicos y lugares de convivencia humana, y el control de alimentos (art. 8-1.º, m y n).

El instrumento estratégico para la planificación y ordenación del sistema sanitario regional es el Plan de Salud de Castilla y León (arts. 12 a 14), que establecerá las orientaciones básicas del sistema y la dirección de actuaciones, los objetivos y programas institucionales de las Administraciones en una concepción integral de la salud, y los compromisos de las entidades prestadoras en relación a esos objetivos en forma de programas de salud y otras actividades; en función de lo cual se regula su contenido (art. 13). Antes de la elaboración de la Ley se había aprobado el Plan Estratégico de Salud (Decreto 68/1991, de 11 de abril, BOCL del 17); plan que analizaremos más adelante, pero que ha de adaptarse a la Ley (Disposición Adicional 2.ª). Plan que está siendo sometido a evaluación como cuestión previa a la elaboración del nuevo (contestación a la pregunta parlamentaria PE-1640 II, por la Junta de Castilla y León, BO Cortes C y L, n.º 109, 18 de diciembre de 1996).

La ordenación territorial del sistema sanitario se basa en Áreas de Salud (arts. 15 y 16) y en Zonas Básicas de Salud (arts. 17 a 19).

Las Áreas de Salud son demarcaciones territoriales del sistema sanitario, en las que se prestará atención primaria, especializada y socio sanitaria. El instrumento capital del Área es el Plan de Salud, que establecerá los objetivos y programas, así como su financiación.

Las Zonas Básicas de Salud son demarcaciones de las Áreas, y constituyen el marco territorial y poblacional de atención primaria. En ellas se ubicará un Centro de Salud, que dará soporte a la misma.

La ordenación funcional del sistema se lleva a cabo a través de diversos niveles de atención (arts. 20 a 25): primaria, especializada y continuada, con especial referencia a la Red Asistencial de Utilización Pública.

En materia organizativa, son destacables el Consejo Regional de Salud, como órgano de participación y de carácter consultivo (arts. 9 al 12) y la Gerencia Regional de Salud (arts. 38 a 54), que es un ente público institucional, adscrito a la Consejería de Sanidad, para la ejecución de las competencias de administración y gestión de servicios, prestaciones y programas en la materia.

Como señalábamos, el Plan Estratégico de Salud de Castilla y León fue aprobado por Decreto 68/1991, de 11 de abril (BOCL del 17).

Dicho Plan se estructura en función de acciones materiales (vacunaciones, enfermedades infecciosas, etc.), respecto de las cuales se establecen objetivos muy detallados, incluyendo fecha para su cumplimiento.

El punto 16 se refiere al medio ambiente físico, incluyendo referencias al medio residencial y viario; a las aguas de abastecimiento, residuales y de baño; a la contaminación atmosférica y a los residuos sólidos urbanos.

Es destacable, asimismo, la Ley 3/1994, de 29 de marzo, de Prevención, Asistencia e Integración Social de Drogodependientes de Castilla y León (BOCL n.º 65, de 6 de abril de 1994).

Dicha Ley incluye (art. 3), entre sus principios rectores, la promoción activa de hábitos de vida saludables y de una cultura de salud que incluya el rechazo del consumo de drogas (incluyendo las bebidas alcohólicas y el tabaco).

En este mismo sentido, la estrecha relación entre salud y medio ambiente se destaca en la Ley 6/1994, de 19 de mayo, de Sanidad Animal de Castilla y León (BOCL del 27), al incluir un capítulo relativo a las acciones sanitarias medio ambientales (arts. 29 a 33).

**D) La Ley 5/1993, de 21 de octubre, de Actividades Clasificadas. Su trascendencia para la consecución de una adecuada política urbana de salud**

Esta Ley supone uno de los textos más importantes de la CA de Castilla y León en una adecuada política de calidad de vida; y estrechamente relacionada con la sanidad ambiental.

Estas actividades se regulan por Ley 5/1993, de 21 de octubre (BOCL del 29), de Actividades Clasificadas, sustituyendo (no completamente) la aplicación de RAMINP, de 1961, en Castilla y León.

Su publicación se justifica en la necesidad de una norma con rango de ley para actuar eficazmente las facultades inspectoras y disciplinarias; y por posibles delegaciones (Ley 6/1986, de 6 de junio) y en las competencias de la Comunidad Autónoma en materia de Sanidad e higiene, y de Ordenación del Territorio, Urbanismo y Vivienda.

Su objetivo (art. 1) es regular el régimen de autorización y funcionamiento de las actividades clasificadas como molestas, insalubres, nocivas y peligrosas, por la legislación estatal, en el territorio de Castilla y León. No obstante, el art. 1-2.º somete a este régimen a «cualquier actividad o instalación susceptibles de ocasionar molestias, alterar las condiciones de salubridad, causar daños al medio ambiente o producir riesgo para las personas o bienes».

Las actividades sometidas a la Ley (art. 2) se incluyen en una larga lista no limitativa, general y ambigua en sus conceptos; además, la Junta de Castilla y León puede declarar exentas algunas actividades (que se señalan en el art. 5 y Anexo del Reglamento de aplicación, aprobado por Decreto 159/1994, de 14 de julio, BOCL del 20).

Se distinguen dos tipos de Licencias:

**A) Licencia de Actividad (arts. 3 a 12):**

Es la autorización previa a la instalación, ampliación o reforma de una actividad clasificada.

Se solicita, por el interesado, al Ayuntamiento en cuyo territorio se pretenda ubicar la actividad, y la concede o deniega el Alcalde.

En el procedimiento de concesión (con información pública) es destacable la participación de las Comisiones Provinciales de Actividades Clasificadas,

pues su decisión (si es denegatoria o implica medidas correctoras) es vinculante para el Alcalde.

Las competencias de la Junta pueden ser delegadas en Ayuntamientos con el Plan de Ordenación Urbana o Normas Subsidiarias de Planeamiento, y en Comarcas (salvo expedientes en que intervenga la Comisión Regional de Actividades Clasificadas).

B) Licencia de apertura (arts. 16 a 19).

Es la autorización, previa al inicio de la actividad clasificada, de su puesta en marcha la concede, también, el Alcalde, previa comprobación de las instalaciones por los servicios competentes.

En ambos procedimientos es posible el silencio administrativo positivo.

Las Comisiones de Actividades Clasificadas (Provinciales y Regional) se prevén y regulan con detalle en los arts. 13 y 14; desarrollándose en los arts. 6 a 15 del Reglamento de aplicación.

Entre las novedades más destacables de la Ley, sobresale el art. 19 sobre prioridades en la solicitud y en la concesión de licencias; en virtud del cual:

- Las Entidades Locales no pueden conceder licencias de obras para actividades clasificadas que no cuenten con licencia de actividad.
- La licencia de apertura será previa:
  - a las autorizaciones de enganche o ampliación de suministro de energía eléctrica;
  - a la autorización de utilización de combustibles líquidos o gaseosos;
  - a la concesión de abastecimiento de agua potable, y a
  - otras autorizaciones preceptivas.

La inspección (arts. 20 y ss.) le corresponde tanto a los Ayuntamientos como a la Consejería de Ordenación del Territorio y Medio Ambiente; siendo destacable el reconocimiento de la condición de agentes de la autoridad a los inspectores.

Si existen problemas de funcionamiento en la instalación o actividad (art. 22) intervienen el Alcalde o, en su defecto, la Junta de Castilla y León, tomando las medidas necesarias.

Son posibles la suspensión cautelar de la actividad, las medidas correctoras, la regularización de actividades sin licencia y la clausura de la actividad (arts. 23 a 26 y 35).

También se prevé una regulación de las infracciones y sanciones (arts. 27 a 41).

Por otra parte, se incluye la posibilidad de que la Junta de Castilla y León declare exentas del informe de la Comisión de Actividades Clasificadas a proyectos sometidos a evaluación de impacto ambiental (D Ad. 1.<sup>a</sup>).

Por último, las licencias concedidas conforme al RAMINP se entienden como licencias de actividad y de apertura (D Ad. 2.<sup>a</sup>).

## **VI. EL SISTEMA DE COMPETENCIAS LOCALES EN MATERIA DE SALUD Y MEDIO AMBIENTE**

### **A. El marco constitucional. En particular, el principio de autonomía local y el régimen de competencias de las Entidades Locales**

La Constitución, como es sabido, diseñó un nuevo modelo de Estado, de naturaleza compleja (SSTC 4/1981, de 2 de febrero, y 12/1985, de 30 de enero) y claramente descentralizado políticamente.

Así, teniendo en cuenta los arts. 2 y 137 de Const., el Estado se organiza territorialmente en municipios, en provincias y en las Comunidades Autónomas que se constituyan; gozando todas estas entidades de autonomía para la gestión de sus respectivos intereses.

El hecho de que el art. 137 proclame con la misma intensidad la autonomía de municipios, provincias y CC.AA. dio pie a interpretaciones de la autonomía local considerándola comparable a la de las Comunidades Autónomas. La evidente trascendencia política de la actividad local abonaba esta interpretación.

Lo cierto es que, como ha tenido ocasión de poner de relieve el Tribunal Constitucional, se trata de niveles cualitativamente distintos de autonomía. En efecto, tal como señalan las SSTC 4/1981 de 2 de febrero, y 28/1985, de 14 de julio, «en el caso de las Comunidades Autónomas que, ..., gozan de una autonomía cualitativamente superior a la administrativa que corresponde a los Entes Locales, ya que se añaden potestades legislativas y gubernamentales que la

configuran como autonomía de naturaleza política»; potestades de las que no gozan los entes locales.

La definición del contenido y alcance del principio de autonomía y su concreción en el ámbito local, parte en nuestro Derecho de una reelaboración doctrinal, cuyo más caracterizado representante en nuestro país es L. PAREJO ALFONSO, de la teoría de la garantía constitucional del Derecho alemán, acogida por el Tribunal Constitucional y por la Ley de Bases de Régimen Local.

Explica PAREJO ALFONSO, citando a STERN, que, autonomía hace referencia a una Administración cuyos objetivos se cumplen y cuya actividad se realiza por los propios destinatarios de esa actividad y bajo su responsabilidad, a la vez que supone una técnica de organización jurídico-pública al servicio de una división vertical del poder (descargar de tareas a la instancia superior) y del principio democrático, al ser un modo de conectar la sociedad con el Estado.

Esta autonomía local no sólo está reconocida en la Constitución, sino también garantizada, como veremos. Asimismo, se garantiza en la Carta Europea de Autonomía Local, ratificada por España en 1989.

La técnica de la garantía institucional, que procede del Derecho alemán, tiene por objeto asegurar una imagen reconocible desde el punto de vista sociológico e histórico de los entes locales, preservando su núcleo esencial, al ser elementos estructurales indispensables del orden constitucional.

La autonomía local tiene un contenido diverso. En primer término, un contenido subjetivo, en la medida en que el municipio, la provincia y la isla, en cuanto poderes públicos, gestionan sus respectivos intereses.

En segundo lugar, hay un contenido objetivo de esa garantía que se traduce en el reconocimiento a estos entes de un ámbito competencial propio, como veremos.

En tercer lugar, existe un aspecto institucional, al garantizarse la existencia de la institución municipal en cuanto tal.

Finalmente, la autonomía ha de serlo también financiera; de autosuficiencia económica, lo que no implica que sean, siempre y en todo momento, propios del ente local.

No obstante, el aspecto central del concepto de autonomía local, y de su garantía, junto al financiero, es el del régimen competencial. Régimen que tuvo en cuenta el «vaciado» de competencias, locales, a pesar de su reconocimiento

en la derogada Ley de Régimen Local de 1955, por Leyes sectoriales, en favor de la Administración Central.

El TC ha declarado «que la autonomía local ... goza de una garantía institucional con un contenido mínimo que el legislador debe respetar ... Esa garantía institucional supone el derecho de la comunidad local a participar a través de órganos propios en el gobierno y administración de cuantos asuntos le atañen, graduándose la intensidad de esa participación en función de la relación existente entre los intereses locales y supralocales dentro de tales asuntos o materias ... Más allá de este límite de contenido mínimo que protege la garantía institucional, la autonomía local es un concepto jurídico de contenido legal, que permite, por tanto, configuraciones legales diversas, válidas en cuanto respeten aquella garantía institucional» (STC 170/1989, de 19 de octubre; en sentido análogo, STC 214/1989, de 21 de diciembre).

La doctrina de la autonomía local, y de su garantía institucional, se plasmó en la Ley 7/1985, de 2 de abril, de Bases de Régimen Local (BOE del 3), principalmente.

La LBRL regula los conceptos de autonomía y competencias municipales sobre la idea de la participación competencial en las diversas materias de actuación pública; teniendo en cuenta que la totalidad de las materias de gestión pública se encomiendan, como titulares primarios, por la Constitución, al Estado y a las CC.AA.

Las competencias locales sobre las distintas materias serán las que atribuyan al municipio la leyes estatales y autonómicas reguladoras de tales materias (art. 2-1.º, LBRL). Es obvio que cierta discrecionalidad tienen el Estado y las CC.AA., pero, como mínimo, las competencias que otorguen al municipio han de ser las necesarias para que éstos puedan tutelar por sí mismos el interés local implicado en la materia a fin de cumplir el art. 137-Const. (art. 2-LBRL).

No obstante, la LBRL estableció ciertas cautelas:

- El art. 25-1.º, LBRL, reconoce el principio de capacidad general del municipio, por el cual puede promover toda clase de actividades y prestar los servicios públicos que contribuyan a satisfacer las necesidades y las aspiraciones de los vecinos.
- El art. 25-2.º, LBRL, formula una relación de materias o sectores en los que, por hallarse implicados intereses locales, deberán producirse necesariamente atribuciones legislativas, una definición apriorística de los

ámbitos que afectan a la autonomía local. Si bien, la atribución concreta está reservada a la Ley (art. 7-1.º y 25-3.º, LBRL).

- El art. 26-LBRL establece una relación de servicios de prestación obligatoria por los municipios, en función de la población que constituye, a mi juicio, como veremos, la garantía de un mínimo de verdaderas competencias municipales.

Por último, la LBRL distingue dos modalidades de atribución de competencias (art. 7-1.º): las que se atribuyen por leyes estatales o autonómicas como de titularidad municipal y las que se atribuyen por delegación (arts. 7-2.º y 3.º y 27-LBRL).

## **B. La Legislación Básica de Régimen Local**

Según hemos visto, la LBRL, después de reconocer el principio de capacidad general del municipio, en el art. 25-1.º, formula, a continuación, un listado de materias en las que los municipios «en todo caso» ejercerán competencias, en los términos previstos en la legislación estatal o autonómica.

Del listado mencionado, destacamos para nuestra materia (salud y medio ambiente) las siguientes: urbanismo; viviendas; pavimentación de vías públicas, protección del medio ambiente; protección de la salubridad pública; suministro de agua y alumbrado público, limpieza viaria, residuos, aguas residuales, y transporte. Materias que describen la actividad real de los municipios (aunque no de todos) al redactarse la Ley, demostrando el escaso carácter innovador de la LBRL en esta materia.

A continuación, como sabemos, el art. 26-LBRL define una serie de servicios que han de prestar obligatoriamente los municipios, en función de la población. Así, el artículo prevé la prestación de los siguientes servicios:

- a. En todos los municipios:

Alumbrado público, cementerio, recogida de residuos, limpieza viaria, abastecimiento domiciliario de agua potable, alcantarillado, acceso a núcleos de población, pavimentación de las vías públicas y control de alimentos y bebidas.

- b. En los municipios con población superior a 5.000 habitantes, además: parque público, biblioteca pública, mercado y tratamiento de residuos.

c. En los municipios con población superior a 20.000 habitantes, además: protección civil, prestación de servicios sociales, prevención y extinción de incendios, instalaciones deportivas de uso público [redacción dada por RD-L 7/1996, de 7 de junio, BOE del 8 y 18].

d. En los municipios con población superior a 50.000 habitantes, además: transporte colectivo urbano de viajeros y protección del medio ambiente.

Referencias estrechamente relacionadas con la salud y el medio ambiente.

Lo importante es destacar que, a nuestro juicio, este precepto incluye la garantía de un mínimo de verdaderas competencias municipales, en base a estos argumentos:

- El art. 26-2.º, LBRL, prevé un mecanismo para dispensar a algunos municipios de la prestación de los citados servicios.
- El art. 26-3.º, LBRL, señala que la asistencia de las Diputaciones a los Municipios se dirigirá preferentemente al establecimiento y adecuada prestación de tales servicios públicos mínimos.
- El art. 31-2.º,a), LBRL, considera como fin de la cooperación provincial la prestación de «los servicios de competencia municipal».
- El art. 42-4.º, LBRL, no permite que la creación de comarcas pueda suponer la pérdida por los municipios de la competencia para prestar esos servicios.

Por otro lado, la obligatoriedad municipal de prestar los servicios señalados se complementa con la previsión del artículo 18-1.º,g), LBRL, al incluir, como derecho de los vecinos, «exigir la prestación y, en su caso, el establecimiento del correspondiente servicio público, en el supuesto de constituir una competencia municipal propia de carácter obligatorio»; tal como señala, de forma impecable, en relación con aguas residuales, la STS de 25 de abril de 1989 (Ar. 3233), cuyo ponente fue González Navarro.

Además, también hay que tener en cuenta que el art. 146 de la Ley de Haciendas Locales, de 1988, obliga a incluir, en los Estados de gastos, de los presupuestos locales, «los créditos necesarios para atender al cumplimiento de las obligaciones»; siendo posible entablar reclamaciones contra el presupuesto «por omitir el crédito necesario para el cumplimiento de las obligaciones exigibles a la Entidad Local, en virtud de precepto legal o de cualquier otro título legítimo».

Por último, el art. 28-LBRL permite a los municipios realizar actividades complementarias de las propias de otras Administraciones Públicas, y, en particular, las relativas a, entre otras, sanidad y protección ambiental. Respecto a estas materias, la DT 2.<sup>a</sup> LBRL otorga a los municipios las competencias ejecutivas si la legislación no las otorga a otras Administraciones Públicas.

### C. La Ley General de Sanidad

La Ley General de Sanidad regula las competencias locales en su art. 42, según el cual la legislación autonómica sobre sanidad deberá tener en cuenta las competencias locales, las corporaciones deberán participar en los órganos de dirección de las Áreas de Salud, y los Ayuntamientos deberán asumir un listado de servicios mínimos, que detalla.

Así, el art. 42-3.º, LGS, establece que los Ayuntamientos, sin perjuicio de las competencias de las demás Administraciones públicas, tendrán las siguientes responsabilidades mínimas en relación al obligado cumplimiento de las normas y planes sanitarios:

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

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

c) Control sanitario de edificios y lugares de vivienda y convivencia humana.

d) Control sanitario de alimentos y bebidas.

e) Control sanitario de cementerios y policía mortuoria.

Como es apreciable, este listado de servicios mínimos, que se califica como de obligatoria prestación para los Ayuntamientos, supone un aumento de la responsabilidad para estas entidades, en relación con el art. 26-LBRL, ya analizado, al dirigirse la LGS a todos los municipios sin referirse a la población. Quizás por ello, o por la realidad de la falta de medios locales para cumplir lo anterior el art. 42-4.º y 5.º, prevé la ayuda de las Áreas de Salud.

Y esta mayor responsabilidad se traduce en un aumento de la carga económica, ya que el art. 79 LGS obliga a los Entes Locales a seguir financiando los servicios que viene prestando, aunque pasen a depender de la CA, y a consignar, además

las dotaciones necesarias para atender las responsabilidades que la propia Ley les atribuye.

Por otra parte, el art. 51-3.º, LGS, establece que las Entidades Locales sólo pueden crear nuevos centros de salud de acuerdo con los Planes de Salud Autonómicos, y previa autorización de la misma. Por otro lado, el art. 50-LGS hace depender todos los centros locales de la Comunidad Autónoma respectiva.

Por lo que se refiere a la representación de las Entidades Locales en los órganos colegiados de la Administración Sanitaria, la LGS prevé la participación local en los órganos de dirección de las Áreas de Salud (en un 40%) (arts. 42 y 56-3.º); pero sin participación directa ni en los centros de atención ni en los centros de salud.

Por último, el art. 41-LGS afirma que «las decisiones y actuaciones públicas previstas en esta Ley que no se hayan reservado expresamente al Estado, se entenderán atribuidas a las Comunidades Autónomas». Una interpretación literal del precepto obligaría a concluir que no hay espacio para la intervención local; de forma totalmente contraria a la LBRL y a algunos artículos de la LGS. Hay que entender que tal atribución general hace referencia a las relaciones Estado-CC.AA. exclusivamente.

En resumen, los efectos de la LGS sobre las competencias locales en esta materia son los de ampliar los servicios mínimos de prestación obligatoria para los Ayuntamientos, al tiempo que se sustraen a las Entidades Locales, en favor de las CC.AA., los centros y servicios de asistencia sanitaria, limitando además, la posibilidad de crear otros nuevos, y todo ello a cambio de una participación local en las Áreas de Salud, de acuerdo con la normativa autonómica.

#### **D. Las Normas de Castilla y León y su incidencia en las Entidades Locales**

La Ley de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León prácticamente reproduce el art. 42-LGS al referirse a las competencias de las corporaciones locales (art. 57, LOSS), añadiendo, no obstante, dos responsabilidades mínimas más: desarrollo de programas de promoción de la salud, educación sanitaria y protección de grupos sociales con riesgos específicos, y conservación y mantenimiento de los consultorios locales.

La representación local en los órganos de dirección de las Áreas de Salud (arts. 57 y 16 LOSS) cumple el mínimo previsto en la Ley General de Sanidad;

estando prevista también representación local en el Consejo Regional de Salud (art. 9. LOSS), en el Consejo de Salud de las Zonas Básicas (art. 19), y en la Gerencia Regional de Salud (art. 40-LOSS).

Se prevé (art. 57-3.º, LOSS) la posibilidad de transferir o delegar competencias autonómicas a las Corporaciones Locales, de acuerdo con la Ley 6/1986, pero no se llevan a cabo en la Ley.

Asimismo, el art. 57-4.º, LOSS, establece el apoyo técnico de las Áreas de Salud a los Ayuntamientos.

Más importante es la previsión del Consejo de Cooperación a crear en municipios de más de 20.000 habitantes, con el objeto de coordinar actuaciones en materia de Salud Pública y Educación Sanitaria; compuesto por representantes locales y autonómicos, junto a uno de la Administración Educativa.

Tanto la LGS (art. 58 a 60) como la LOSS (art. 15) prevén los Planes de Salud de las Áreas; las cuales debe tener, como mínimo, una cada provincia. Siendo posible introducir, forzosamente, por esta vía los Planes Municipales de Salud.

## BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

ASHTON, J., y otros. *Ciudades sanas*. Ed. Masson, Barcelona, 1993.

AYUNTAMIENTO DE SALAMANCA. *Plan Municipal de Salud*, 3 tomos, 1993-1994.

BEATO ESPEJO, M., «El sistema sanitario español. Su configuración en la Ley General de Sanidad». *RAP* 119 y 120/1989.

COMISIÓN DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (COMISIÓN ABRIL MARTOREL). «Informe y recomendaciones». Abril de 1991 (Ejemplar mecanografiado).

CHOYI TARRES, A., «Competencias y funciones del municipio en materia de medio ambiente». *Autonomies-Revista Catalana de Derecho Público* 15/1992.

DOMÍNGUEZ-BERRUETA, M., FDEZ. DE GATTA SÁNCHEZ, D. y FERNANDO PABLO, M.. *Legislación Básica de Castilla y León*. Ed., Tecnos, Madrid, 1991.

ESCRIBANO COLLADO, P., *El derecho a la salud*. Ed. Instituto García Oviedo, Sevilla, 1976.

FERNÁNDEZ PASTRANA, J. M., *El servicio público de la sanidad: el marco constitucional*. Editorial Civitas, Madrid, 1984.

FERNÁNDEZ DE GATTA SÁNCHEZ, D., «La Política Ambiental Comunitaria en el Tratado de la Unión Europea», *Revista de Derecho Ambiental*, n.º 12/1994.

FERNÁNDEZ DE GATTA SÁNCHEZ, D., «Los problemas de coordinación de las actividades sectoriales sobre el territorio, con especial referencia a Castilla y León», *Revista de Derecho Urbanístico*, n.º 144/1995.

GARRIDO FALLA, F., «Artículo 43», en *Comentarios a la Constitución*, 2.ª ed. Ed. Civitas, Madrid, 1985.

GONZÁLEZ NAVARRO, F. y otros. *Informe sobre el Proyecto de la Ley General de Sanidad*. Ed. IEE, Madrid, 1985.

GONZÁLEZ NAVARRO, F., MOYA PUEYO, V. y otros. *La sanidad española en la Europa de Maastricht*. Ed. IMC, Madrid, 1993.

LOPERENA ROTA, D. I., «La protección de la salud y el medio ambiente adecuado para el desarrollo de la persona en la Constitución», en *Estudios Homenaje al Prof. García de Enterría*, Tomo II, Ed. Civitas, Madrid, 1991.

LÓPEZ CERÓN HOYOS, C., «Ciudades sostenibles: la planificación del suelo como medio para lograr la sostenibilidad urbana», *Revista de Derecho Ambiental*, n.º 16/1996.

MARTÍN MATEO, R., «Ordenación pública del sector salud». *RAP* 87/1977.

MARTÍN MATEO, R., *Tratado de Derecho Ambiental*, 2 vols., Ed. Trivium, Madrid, 1991 y 1992.

MARTÍNEZ-PEREDA RODRÍGUEZ, J. M. y otros. *Legislación Sanitaria Española*. Ed. Colex, Madrid, 1997.

MUÑOZ MACHADO, S., *La sanidad pública en España*. Ed. IEA, Madrid, 1975.

MUÑOZ MACHADO, S., *Derecho Público de las Comunidades Autónomas*, 2 vols., Ed. Civitas, Madrid, 1982 y 1984.

MUÑOZ MACHADO, S., *La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos*. Alianza Ed., Madrid, 1995.

ORTEGA ÁLVAREZ, L., *El régimen constitucional de las competencias locales*. INAP, Madrid, 1981.

PAREJO ALFONSO, L., *Garantía institucional y autonomías locales*. Ed. IEAL, Madrid, 1981.

PEMÁN GAVÍN, J., *Derecho a la salud y Administración sanitaria*. Ed. del Real Colegio de Bolonia, Bolonia, 1989.

REBOLLO PUIG, M., «Sanidad preventiva y salud pública en el marco de la actual Administración sanitaria española», *Revista de Estudios de la Administración Local y Autonómica* 239/1988.

