

Organización y reorganización de la distribución de competencias en materia de Sanidad pública

351.77 (46)

por

JOSE-ESTEBAN MARTINEZ JIMENEZ

SUMARIO: I. PLANTEAMIENTO.—II. ESTADO ACTUAL DE LA DISTRIBUCION DE COMPETENCIAS EN MATERIA DE SANIDAD PUBLICA: 1. ADMINISTRACIÓN CENTRAL: A) *Competencias de la Presidencia del Gobierno*. B) *Competencias del Ministerio de Asuntos Exteriores*. C) *Competencias del Ministerio de Justicia*. D) *Competencias del Ministerio del Ejército*. E) *Competencias del Ministerio de Marina*. F) *Competencias del Ministerio de la Gobernación*. G) *Competencias del Ministerio de Obras Públicas*. H) *Competencias del Ministerio de Educación y Ciencia*. I) *Competencias del Ministerio de Trabajo*. J) *Competencias del Ministerio de Industria*. K) *Competencias del Ministerio de Agricultura*. L) *Competencias del Ministerio del Aire*. M) *Competencias del Ministerio de Comercio*. N) *Competencias del Ministerio de Información y Turismo*. O) *Competencias del Ministerio de la Vivienda*. P) *Competencias de la Comisaría del Plan de Desarrollo*. Q) *Competencias de la Secretaría General del Movimiento*. 2. ADMINISTRACIÓN LOCAL: A) *Competencia municipal en materia de Sanidad*. B) *Competencia provincial en materia de Sanidad*.—III. REORGANIZACION DE LA DISTRIBUCION DE COMPETENCIAS EN MATERIA DE SANIDAD PUBLICA. POSIBILIDADES DE DESCENTRALIZACION: 1. VALORACIÓN CRÍTICA DE LA ACTIVIDAD ADMINISTRATIVA ACTUAL: A) *Actividad de policía sanitaria*. B) *Actividad de fomento sanitario*. C) *Actividad de servicio público sanitario: Situación actual de la red hospitalaria española*. D) *Conclusiones*. 2. LAS NUEVAS ORIENTACIONES EN EL CONCEPTO DE SANIDAD PÚBLICA. 3. TRASVASES DE COMPETENCIAS SANITARIAS: A) *A las Administraciones locales*. B) *A las Administraciones institucionales*. C) *Entre órganos de la Administración central: a) Estructura en orden a las competencias del órgano de la Sanidad pública, b) Posibilidades de descentralización*.—IV. CONCLUSIONES.—V. BIBLIOGRAFIA UTILIZADA.

I. PLANTEAMIENTO

El problema de la Sanidad pública es en la actualidad uno de los fundamentales de la acción administrativa en todos los

países, sea cual sea su encuadre económico o ideológico y dada su trascendencia individual y sobre todo social.

Considerada hoy la salud como un derecho del hombre, las concepciones de ésta, en la esfera del actuar de las Administraciones públicas han cambiado profundamente. La salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino un conjunto de prestaciones muy complejas que requieren una minuciosa planificación y programación sanitaria, a la vez que una organización administrativa que posibilite la realización de estos objetivos. Por otra parte, la acción sanitaria no va a contemplar al hombre aislado de su contorno, sino que el medio ambiente, por sus repercusiones sobre la vida física, va a ser objeto de esta actividad de la Administración. ¿Hasta qué punto la acción administrativa española en materia de Sanidad ha acogido o puede acoger estas nuevas tendencias? Este quizá sea el punto clave de este trabajo, en el que se estudia el problema a través de la organización administrativa de la Sanidad en España, y su distribución de competencias, para una vez establecida ésta en líneas generales, ver si posibilita la actuación de las nuevas concepciones de la Sanidad pública. Posteriormente se analizan los pormenores de estas nuevas concepciones para finalmente perfilar las líneas de una nueva organización más apta de la Sanidad pública nacional.

II. ESTADO ACTUAL DE LA DISTRIBUCION DE COMPETENCIAS EN MATERIA DE SANIDAD PUBLICA

La Sanidad nacional está en la actualidad organizada con arreglo a la Ley de Bases de Sanidad de 25 de noviembre de 1944. No obstante denominarse Ley de Bases, su artículo único, que precede a las Bases, dispone que éstas tendrán fuerza legal desde la publicación de la misma. Carece hasta hoy de texto articulado.

Conforme a ella, la función pública de Sanidad incumbe al Estado, el cual será ayudado en esa actividad por las Corporaciones locales, organismos paraestatales, del Movimiento y entidades particulares bajo la ordenación, inspección, vigilancia y disciplina de los organismos dependientes del Estado.

La cobertura jurídica de la Sanidad nacional está regida además por un número muy considerable de disposiciones, anteriores y posteriores a la Ley de Bases.

A continuación se detallan las grandes líneas de competencia, analizadas por sectores, concretamente las que corresponden, de una parte, a la Administración central y sus diversos órganos, y de otra, a la Administración local.

1. ADMINISTRACIÓN CENTRAL.

Aunque existe dentro de la Administración central un órgano específico en materia de Sanidad pública, es mera ilusión pensar que el análisis de las competencias de este sector puede circunscribirse al estudio de las funciones de este órgano. Por el contrario, estas competencias se encuentran dispersas en multitud de ellos, de distintos tipos y niveles.

El análisis que sigue se centra en las competencias que estos distintos órganos estatales tienen en materia de Sanidad pública en sentido amplio (directa e indirecta incidencia sobre la salud humana).

Se estudian más extensamente las competencias de los Ministerios de la Gobernación y Trabajo por ser los que más amplia y directamente actúan en las funciones sanitarias. No se adopta un criterio objetivo para enumerarlas, sino el subjetivo, por considerarlo idóneo para resaltar el confusionismo existente en esta actividad de la Administración.

A) *Competencias de la Presidencia del Gobierno.*

- Planes de abastecimiento de agua.
- Protección sanitaria en casos de catástrofe.
(Dirección General de Protección Civil).
- Estadística sanitaria.
(Dirección General de Estadística).

B) *Competencias del Ministerio de Asuntos Exteriores.*

- Relaciones con la Organización Mundial de la Salud.
(Dirección General de Organismos Internacionales).

C) Competencias del Ministerio de Justicia.

- Problemas médico-legales de la policía sanitaria y mortuoria.
(Dirección General de Justicia).
- Asistencia sanitaria a la población reclusa.
(Dirección General de Prisiones).
- Protección sanitaria a niños y adolescentes socialmente desvalidos.
(Obra de Protección de Menores).
- Protección sanitaria a las mujeres socialmente desvalidas.
(Patronato de Protección a la Mujer).

D) Competencias del Ministerio del Ejército.

- Programación sanitaria del Ejército.
(Estado Mayor Central).
- Asistencia sanitaria a los miembros del Ejército.
(Jefatura de Sanidad del Ejército).
- Fabricación y distribución de productos farmacéuticos a los miembros del Ejército.
(Jefatura de Farmacia del Ejército).
- Asistencia médica a miembros del Ejército.
(Dirección General de Acción Social).
- Asistencia sanitaria a miembros de la Guardia civil y fuerzas del orden público.
(Dirección General de la Guardia Civil).
- Construcción, ordenación, etc., de hospitales destinados a las anteriores necesidades.
(Dirección General de Servicios).
- Sanatorios antituberculosos para miembros del Ejército.
(Dirección General de Servicios).
- Preparación del personal sanitario del Ejército.
(Escuela de Sanidad del Ejército).

E) Competencias del Ministerio de Marina.

- Asistencia sanitaria a los miembros de la Armada.

F) *Competencias del Ministerio de la Gobernación.**Competencias generales en materia de policía y fomento sanitario:*

Corresponden al órgano específico de la Sanidad nacional, la Dirección General de Sanidad, que se encuadra orgánicamente dentro de este Ministerio. Están reguladas fundamentalmente por: Decreto del Ministerio de la Gobernación de 18 de febrero de 1963, Decreto del 15 de febrero de 1968, Decreto de 11 de mayo de 1968, Decreto de 26 de diciembre de 1968; Decreto de 21 de marzo de 1970.

Estas competencias son:

- Imponer la fabricación de elementos precisos a las campañas sanitarias.
- Imponer el suministro de productos con destino a las luchas sanitarias.
- Ordenar la habilitación de edificios destinados a servicios sanitarios.
- Coordinar con los servicios de los Ministerios de Agricultura y de Trabajo el aspecto sanitario de la alimentación, con los otros aspectos de ésta, de los que se ocupan dichos Departamentos.
- Autorizaciones para el traslado de cadáveres de una provincia a otra.
- Sanidad ambiental.
- Prevención de la sanidad pública.
- Autorización del traslado de cadáveres al extranjero.
- Competencias de control respecto a entidades aseguradoras de asistencia médico-farmacéutica.
- Aprobación de fórmulas de alimentos envasados.
- Estadística epidemiológica.
- Higiene de la alimentación.
- Encuestas, sondeos y exámenes de la salud.
- Control estadístico de los laboratorios de análisis clínicos, higiénicos y sanitarios.
- Radiaciones ionizantes.

- Actividades molestas, nocivas, insalubres y peligrosas.
 - Siniestrología.
 - Desinfección, desinsectación y desratización.
 - Servicio de puertos, fronteras y aeropuertos.
 - Relaciones con el servicio cuarentenario de la OMS.
 - Control sanitario de los medios de transporte.
 - Reconocimiento de emigrantes.
 - Luchas contra la brucelosis, tracoma, paludismo, bocio, afecciones venéreas, lepra y dermatosis.
- Desarrollo de los programas referentes a :
- Maternología, higiene prenatal y puericultura.
 - Higiene preescolar, escolar y de la adolescencia.
 - Higiene mental.
 - Higiene del trabajo.
 - Higiene de la educación física y deporte.
 - Gerocultura.
 - Hidrología médica y crenoterapia.
 - Policía mortuoria.
 - Lucha antituberculosa.
 - Autorizaciones de apertura y traslado de oficinas de farmacia.
 - Resolución de expedientes causados por la inspección de las farmacias.
 - Registro de especialidades farmacéuticas, insecticidas domésticos.
 - Instalaciones para la producción de los productos registrados.
 - Fiscalización de la fabricación de estupefacientes en todos sus aspectos.
 - Fiscalización de los productos alimenticios de origen no animal.
 - Fiscalización de la ordenación sanitaria de los centros de producción, transformación y conservación de productos farmacéuticos y bromatológicos.
 - Fiscalización de iguales centros de aparatos ortopédicos.
 - Represión de actividades en materia de farmacia y bromatología que representen peligro para la salud pública.

- Fiscalización de alimentos de origen animal.
- Lucha contra la antropozoonosis.

Otras competencias:

- Primeros auxilios sanitarios en caso de accidentes de carretera.
(Jefatura Central de Tráfico).
- Saneamiento de poblaciones (abastecimientos de agua, saneamiento, alcantarillado, basuras, etc.).
(Subdirección General de Saneamiento y Población).
- Asistencia a los afectados por la tuberculosis y campaña de erradicación de esta enfermedad.
(Patronato Nacional Antituberculoso).
- Asistencia a enfermos psiquiátricos.
(Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica).
- Rehabilitación y recuperación de inválidos.
- Asistencia y rehabilitación de invidentes.
(Organización Nacional de Ciegos).
- Prestaciones y asistencia sanitaria a desvalidos.
(Dirección General de Beneficencia y Asuntos Sociales).

G) *Competencias del Ministerio de Obras Públicas.*

- Abastecimientos de aguas.
(Dirección General de Obras Hidráulicas).
- Condiciones sanitarias de puertos y de obras que en ellos se realicen.
(Dirección General de Puertos y de Señales Marítimas).

H) *Competencias del Ministerio de Educación y Ciencia.*

- Inspección médica de la población escolar y asistencia médica a ésta.
- Rehabilitación de inválidos.
(Instituto Nacional de Reeducción de Inválidos).
- Asistencia alimentaria de la población escolar.

- Promoción del deporte en la Universidad. (Junta de Educación Física Universitaria).
- Asistencia médico-hospitalaria a la población, con fines formativos para los estudiantes de Medicina. (Hospitales clínicos, dependientes de las distintas Universidades).
- Investigación sobre problemas sanitarios. (Consejo Superior de Investigaciones Científicas y División de Ciencias Matemáticas, Médicas y de la Naturaleza).

I) *Competencias del Ministerio de Trabajo.*

Las competencias de este Ministerio, en orden a la sanidad pública se centran en las que la Seguridad Social ofrece a sus beneficiarios. Constituyen, pues, una amplia gama de prestaciones, un verdadero servicio público sanitario parcial, progresivamente extensivo a gran parte de la población española en la medida en que se desarrollen las bases de ordenación que rigen en este campo. Le corresponden las siguientes:

— *Asistencia sanitaria de los beneficiarios de la Seguridad Social:* Corresponde a la Dirección General de Seguridad Social. La Ley de Seguridad Social de 21 de abril de 1966, en su artículo 98, señala como objeto de la asistencia sanitaria «la prestación de los servicios médicos y farmacéuticos conducentes a restablecer la salud y la aptitud para el trabajo de las personas que tienen derecho a ella». Su contenido se centra:

Prestaciones médicas: La asistencia médica comprende la de medicina general, la de urgencia, así como las especialidades enunciadas en el artículo 28 del Decreto de 16 de noviembre de 1967, susceptible de ampliación y modificación por el Ministerio de Trabajo.

Dentro de estas prestaciones se incluye la hospitalización que podrá ser o no quirúrgica.

Prestaciones farmacéuticas: La prestación farmacéutica comprende el suministro de cualesquiera fórmulas magistrales y especialidades farmacéuticas que se prescriban por los facultativos

que tengan a su cargo la asistencia sanitaria y que, a juicio de los mismos, sean convenientes para la recuperación de la salud de sus pacientes, de conformidad con lo dispuesto en la Ley de Seguridad Social (artículos 105 y 106) y el Decreto de 23 de diciembre de 1966, por el que se dictan normas sobre esta prestación farmacéutica. Quedan excluidos los productos que se detallan en el número 2 del artículo 105 de la Ley de Seguridad Social.

Por dos Ordenes ministeriales de 14 de marzo de 1967, se establece un sistema de conciertos con los laboratorios y farmacias.

Otras prestaciones sanitarias: Según dispone el artículo 108 de la Ley de Seguridad Social, «la Seguridad Social facilitará, en todo caso, las prótesis».

J) Competencias del Ministerio de Industria.

- Control de la radiactividad.
(Junta de Energía Nuclear).

K) Competencias del Ministerio de Agricultura.

- Competencias en materia de zoonosis de epizootología.
(Dirección General de la Producción Agraria).
- Sanidad de productos alimenticios de origen animal.
(Dirección General de la Producción Agraria y Dirección General de Industrias y Mercados en Origen de Productos Agrarios).
- Sanidad de productos alimenticios procedentes de la caza y la pesca no marítima.
(Dirección General de la Producción Agraria).

L) Competencias del Ministerio del Aire.

- Creación y sostenimiento de centros hospitalarios para miembros del Ejército del Aire.
(Dirección General de Servicios).
- Asistencia sanitaria a miembros del Ejército del Aire.
(Jefatura de Sanidad del Ejército del Aire).

M) *Competencias del Ministerio de Comercio.*

- Ordenación de productos alimenticios de origen marino.
(Dirección General de Pesca Marítima).

N) *Competencias del Ministerio de Información y Turismo.*

- Vigilancia de las condiciones sanitarias de los establecimientos de carácter turístico.
(Dirección General de Empresas y Actividades Turísticas).

O) *Competencias del Ministerio de la Vivienda.*

- Condiciones sanitarias de las viviendas.
(Dirección General de la Vivienda).
- Alcantarillado, aguas y Planes de urbanismo.
(Dirección General de Urbanismo).

P) *Competencias de la Comisaría del Plan de Desarrollo.*

- Definición de inversiones públicas en materia de Sanidad.

Q) *Competencias de la Secretaría General del Movimiento.*

- Prestación de asistencia sanitaria a determinados miembros de la misma.
(Obra Nacional 18 de Julio).

2. ADMINISTRACIÓN LOCAL.

A) *Competencia municipal en materia de Sanidad.*

El artículo 101 de la Ley de Régimen local relaciona entre los fines propios de las Entidades locales la salubridad y la higiene, y el artículo 102 de la Ley establece como obligaciones municipales mínimas las de contenido sanitario siguiente:

- Desinfección y desinsectación.
- Botiquín de urgencia.
- Asistencia médico-farmacéutica a familias desvalidas.

— Inspección sanitaria de alimentos y bebidas.

— Tratamiento técnico sanitario de sobras y residuos.

Esta escasa regulación de la Ley fundamental de las Administraciones locales, en cuanto a competencias sanitarias, se debe a que la función pública de Sanidad, como señalé anteriormente, incumbe por Ley al Estado, desarrollando los Municipios una actividad cooperadora y complementaria. De ahí que el régimen jurídico de competencias municipales sanitarias esté regulado por la Ley de Bases de Sanidad nacional de 1944, que formalmente declara: «La autonomía de las Administraciones locales queda subordinada a lo que se previene en la presente Ley».

Así, pues, a las competencias enumeradas anteriormente, cuyo contenido es curiosamente heterogéneo, hay que añadir las que esta Ley de Bases establece. Se trata de competencias que cierto sector de la doctrina llama encomendadas, puesto que la titularidad corresponde al Estado, que las traspasa a los entes locales. Si bien este tipo de competencias es discutible desde el punto de vista jurídico, lo cierto es que gráficamente es el más idóneo para la descripción que se está realizando.

Son las siguientes:

- Proporcionar aguas potables de pureza bacteriológica garantizada o, por lo menos, sanitariamente tolerable.
- Formación de padrón de viviendas, con su inspección correspondiente, señalando las viviendas insalubres a derribar y las insalubres reformables.
- Ejercicio de una policía sanitaria en vías públicas, mercados, mataderos, lavaderos y cementerios.
- Profilaxis de las enfermedades evitables, con los correspondientes planes de mejoramiento, desde el punto de vista sanitario.
- Higiene de las escuelas y reconocimiento periódico de los escolares allí donde no alcance la red dispensarial de la organización provincial.
- Evacuación de aguas negras y residuales, así como instalación de una red de alcantarillado.
- Habilitación de locales adecuados para enfermos de ca-

rácter epidemiológico y de material para la práctica de desinfecciones y desinsectaciones.

- Vacunaciones preventivas.
- Sostenimiento de centros sanitarios locales.

Esta encomendación se ve después reducida por numerosas disposiciones que desandan el camino: legislación de hospitales de 1962, que estataliza éstos, el Reglamento de policía sanitaria y mortuoria de 22 de diciembre de 1960, que somete los cementerios a un régimen de tutela severo por parte del Gobernador civil, etc.

B) *Competencia provincial en materia de Sanidad.*

En el artículo 245 de la Ley de Régimen local se establece, entre otras, una serie de obligaciones mínimas para la Provincia de carácter sanitario, cuales son:

- Hospital médico-quirúrgico.
- Acondicionamiento de enfermos infecciosos.
- Instalaciones de desinfección y desinsectación.
- Hospitalización de enfermos afectos de dolencias sexuales.
- Tratamiento de la tiña.
- Servicio antileproso.
- Servicio antituberculoso.

Las mismas consideraciones que se han expuesto para el Municipio pueden aplicarse al ente provincial.

Así en la base 23 de la Ley de Sanidad nacional de 1944 se pormenorizan los servicios sanitarios que deben prestar las Diputaciones provinciales. Encomienda entre otras obligaciones que toda Diputación provincial deberá contar con servicios hospitalarios para la asistencia médico-quirúrgica, con el número de camas y servicios fijado por el organismo técnico competente del Ministerio de la Gobernación, previa audiencia de la Corporación.

La nueva regulación de los hospitales, aprobada por la Ley de 21 de julio de 1962, afecta directamente al contenido de esta base 23 en la que se establecen los servicios sanitarios de las Diputaciones provinciales, por cuanto la referida Ley realiza una

distribución del territorio nacional en regiones hospitalarias, que pueden descargar de servicios sanitarios a los hospitales provinciales.

Asimismo, la base 23 establece que las Diputaciones deberán sostener instituciones para la asistencia infantil, maternal y psiquiátrica, incluso con servicios de urgencia. Corresponde también al Ministerio de la Gobernación determinar el grado de desarrollo de estos servicios en relación con las necesidades y posibilidades de cada Provincia.

III. REORGANIZACION DE LA DISTRIBUCION DE COMPETENCIAS EN MATERIA DE SANIDAD PUBLICA. POSIBILIDADES DE DESCENTRALIZACION

1. VALORACIÓN CRÍTICA DE LA ACTIVIDAD ADMINISTRATIVA ACTUAL.

Como fácilmente se deduce del cuadro de distribución de competencias, si bien la competencia en materia de Sanidad en principio está muy clarificada, y se atribuye al Estado de forma exclusiva y total, con la colaboración de entes locales, posteriormente y en una segunda aproximación al tema vemos se encuentra distribuida entre los distintos órganos estatales y encomendada a los entes locales de forma sistemática y sin proporcionar a éstos los medios materiales y jurídicos necesarios para llevar a cabo este mandato. Produciéndose así un caos en la ejecución, que da lugar a multitud de duplicidades y lagunas en la realización de las actividades administrativas de carácter sanitario y, lo que es peor, deficientes servicios sanitarios de toda índole.

Sin embargo, y esto hay que tenerlo en cuenta a la hora de analizar el problema sanitario en España, la actividad de la Administración en materia de Sanidad pública no es sólo deficiente debido a esta incorrecta situación de carácter organizativo, sino que esta patología se agrava en razón a que la actividad desarrollada responde a conceptos de Sanidad pública ampliamente superados, cuya base es el considerarla como una acción de carácter supletorio a la del individuo en los casos en que éste no la realiza, o bien actuando en aquellas parcelas que a él le

están vedadas. Esto es, responde a una concepción liberal desfasada (principio de subsidiariedad).

Efectivamente, según se deduce de las competencias analizadas y de la actividad que el Estado y los entes locales por su encomendación desarrollan, el actuar administrativo en el campo de la salud pública se limita al siguiente cuadro:

A) *Actividad de policía sanitaria.*

Campo en el que la acción del Estado es más completa precisamente, porque, como antes quedó dicho, la concepción de la salud pública responde a criterios liberales, encontrándose además las competencias centralizadas en gran medida y clasificadas. Se extiende a la defensa de todo tipo de epidemias, tanto endémicas como accidentales.

Si analizamos el cuadro de estas competencias desarrolladas, comparándolo con el que se descubre en cualquier tratado de Derecho administrativo del siglo pasado, su parecido es asombroso.

B) *Actividad de fomento sanitario.*

Adolece de escasa amplitud y modernidad, sobre todo si se tiene en cuenta los medios tan eficaces con que la Administración cuenta hoy día para cualquier tipo de labor de fomento y el ejemplo de numerosos países en esta forma de actividad.

Si bien la promoción de la salud en sus aspectos elementales está cubierta (campañas de vacunación, etc.), en otros, como la contaminación del aire y del agua, la lucha contra el ruido, y los hábitos higiénicos de la población, está totalmente descuidada. En definitiva la sanidad ambiental de la que es pieza importante la defensa del medio ambiente. A juicio de algún experto, y por dar algún ejemplo en este sentido, los servicios higiénicos de los espectáculos y establecimientos abiertos al público en España son los más deficientes de Europa no sólo por sus instalaciones, sino por la forma en que se usan.

C) *Actividad de servicio público sanitario.*

Es sin duda la acción administrativa más escasa, asistemática, desorganizada y carente del sentido en que hoy la doctrina concibe la asistencia sanitaria.

Aparte de las prestaciones sanitarias que realizan los servicios del Ministerio de la Gobernación, que responden más que al contenido de un verdadero servicio público sanitario, a una actividad de Beneficencia, no existen dentro de la Organización administrativa servicios públicos de carácter sanitario, sino que la actividad de prestación sanitaria se circunscribe a determinados sectores de la población, no estando ésta contemplada en su totalidad. De esta forma, el Ministerio de Trabajo presta asistencia sanitaria solamente a los ciudadanos cualificados como afiliados a la Seguridad Social, los Ministerios militares a sus correspondientes miembros, etc.

Igualmente, respecto a las prestaciones sanitarias de los entes locales, puede decirse que responde al concepto de asistencia de beneficencia más que al de asistencia sanitaria, pues aparte de otras muchas razones, para obtener cualquier prestación es necesario estar previamente incluido en el padrón de beneficencia correspondiente.

En definitiva, no existe dentro de la Organización administrativa española un planteamiento de las prestaciones sanitarias como un servicio público, precisamente y como he reiterado anteriormente, por responder la actividad sanitaria de la Administración a planteamientos de carácter liberal.

Más adelante se exponen las ideas fundamentales que respecto a la asistencia sanitaria se ponen en práctica hoy en la mayoría de los países europeos, así como los nuevos conceptos que de esta asistencia la doctrina elabora con la perspectiva de lo que debe ser el Estado social de Derecho.

Ahora solamente se reseñará el estado de los medios de la asistencia sanitaria en España, para que quede bien marcado su carácter, no solamente superado en cuanto a su finalidad, sino que dentro de lo existente, la descoordinación y atonicidad de los medios de la asistencia sanitaria, con los cuales y pese a que

cambiará la concepción, jamás podría montarse un verdadero servicio público sanitario.

Situación actual de la red hospitalaria española.

Conviene precisar que sólo puede hablarse de red hospitalaria española desde un punto de vista formal (Ley de Hospitales de 1962), porque de hecho y teniendo en cuenta que el concepto «red» alude a un conjunto articulado y sistemático de establecimientos hospitalarios, esta red no existe en España, sino que lo que realmente hay es un conjunto yuxtapuesto de establecimientos sanitarios.

Existen un total de 1.500 establecimientos de este carácter, incluyendo los públicos y privados y excluyendo los dispensarios, servicios de urgencia y establecimientos menores. En este total se incluyen los centros de la Seguridad Social.

Entre las disposiciones dictadas como desarrollo a la Ley hospitalaria, se encuentra el Catálogo de hospitales, cuya distribución por Provincias es como sigue:

Alava	9	Lérida	22
Albacete	17	Logroño	21
Alicante	29	Lugo	26
Almería	20	Madrid	134
Avila	12	Málaga	30
Badajoz	23	Murcia	33
Baleares	26	Navarra	30
Barcelona	167	Oviedo	38
Burgos	14	Palencia	17
Cáceres	18	Pontevedra	27
Cádiz	46	Salamanca	21
Castellón	22	Santa Cruz de Tenerife	36
Ciudad Real	20	Santander	23
Córdoba	50	Segovia	12
Coruña, La	56	Sevilla	48
Cuenca	11	Soria	31
Gerona	38	Teruel	17
Granada	28	Toledo	16
Guadalajara	9	Valencia	44
Guipúzcoa	36	Vizcaya	57
Huelva	36	Zamora	19
Huesca	18	Zaragoza	30
Jaén	42	Militares (tres Ejércitos)	48
León	50		

De todo este conjunto de hospitales, 12 tienen carácter nacional, 55 regional, 48 militar y el resto son establecimientos de carácter local (pequeños hospitales).

Teniendo en cuenta esta cifra, y otra serie de problemas puestos de relieve por numerosos estudios del tema, puede establecerse el siguiente *cuadro de problemas de los centros hospitalarios en España*:

En cuanto a su organización:

- La gran cantidad de entidades gestoras de hospitales existente.
- La compartimentación de la población española, que puede acudir a ellos en cuatro niveles estancos: Beneficencia, seguro social, personal militar, enfermos privados, y que sólo pueden utilizar sus respectivos centros sanitarios. La Ley de Coordinación hospitalaria los declara todos abiertos, pero es una declaración formal que difícilmente tiene viabilidad en la práctica por razones fundamentalmente económicas.
- La inexistencia de una planificación hospitalaria general y de un plan nacional de necesidades de orden sanitario, consecuencia de la inexistencia de un órgano general en esta materia.
- La ausencia de los conceptos gerenciales en la dirección hospitalaria.

En cuanto a los medios materiales:

- Duplicidad innecesaria de determinado material, derivada de la inexistencia de una política sanitaria.
- La inexistencia en contrapartida de otros medios absolutamente necesarios.
- Número de camas que se sitúa en el 50,5 por diez mil habitantes, cifra inferior incluso a la de países con renta *per capita* inferior a España.
- Minifundio en cuanto a la distribución de las camas. El número de éstas por hospital es de 95, cuando se considera, por los estudios realizados al efecto en los

países de la Comunidad Económica Europea, que el número adecuado para países como España, es de 400 a 500 camas por centro, para que éste sea eficaz y rentable.

En cuanto a los medios personales:

- Existencia de una gran incoordinación entre el número de médicos y el número de camas. La proporción actual es de cuatro camas por médico, advirtiéndose una clara tendencia a aumentar este desequilibrio.
- Escasez en las retribuciones de la mayoría de los médicos al servicio de los hospitales.
- Limitado tiempo de dedicación (consecuencia de lo anterior).
- Vinculación del personal médico y sanitario al servicio de pacientes de un determinado estamento o clase socio-económica: Cuerpo médico de Beneficencia, del Estado, del Seguro de Enfermedad, de Mutualidades laborales, etc.

Ante este panorama de la red hospitalaria española, no existe, como ocurre con el problema de la Sanidad pública en general, conciencia de buscar soluciones. Así la Ley de Hospitales de 1962 intentó una política de coordinación de los existentes, pero no un cambio estructural, ya que parte de la base de organización hospitalaria multigerencial.

El II Plan de Desarrollo tampoco abordó el problema, pues sus previsiones son mínimas en cuanto a inversiones para la modernización del equipo hospitalario.

El III Plan continúa en la línea de abordar el problema desde el punto de vista de la coordinación, permaneciendo el planteamiento estructural intacto.

D) Conclusiones.

De lo expuesto se deducen, entre otras, las siguientes conclusiones:

- Distribución de competencias sin ajustarse a ningún criterio que lo justifique.
- En su consecuencia, la acción administrativa en este campo resulta deficiente y carente de sentido.
- Inexistencia por otra parte de una concepción moderna de la asistencia sanitaria, pues la existente responde a moldes liberales.
- Inexistencia de una conciencia de solucionar esta problemática, pues los intentos realizados (Ley de Hospitales de 1962, creación de la Comisión Delegada de Sanidad y Asuntos Sociales, creación de la Comisión central de Coordinación hospitalaria, etc.) parten de la base de no afectar la actual distribución de competencia, intentando soluciones de coordinación, que a la fuerza han de ser inviables.

2. LAS NUEVAS ORIENTACIONES EN EL CONCEPTO DE SANIDAD PÚBLICA.

Conviene antes de analizar las posibles reestructuraciones de competencias en materia de sanidad, y dado que la organización actual en España responde a conceptos superados, analizar la moderna concepción de la Sanidad pública. Y esto porque la organización que se estructure habrá desde luego de responder a estos criterios, ya que ver el problema como una simple cuestión de coordinación es una solución incorrecta, según apunté más arriba.

Hoy la protección a la salud humana, *el derecho a la salud* y su consecuencia a la asistencia sanitaria se configuran como verdaderos derechos subjetivos de todo ciudadano. Y esto es en principio lo que ocurre en España, aunque en su desarrollo práctico resulte problemático. Efectivamente, el número XII de los Principios Fundamentales del Movimiento Nacional de 17 de mayo de 1958 afirma que «el Estado procurará por todos los medios a su alcance perfeccionar la salud física y moral de los españoles», consagrando constitucionalmente el derecho a la salud.

Respecto al contenido de la salud pública, la Organización

Mundial de la Salud considera que es el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones. El moderno concepto de salud pública es, pues, muy amplio.

Como consecuencia y para la *realización de este contenido*, es necesario que la Administración pública ejercite una actividad y monte una organización adecuada.

Surge así el *concepto de integración sanitaria*, según el cual el Estado ha de asumir (indiferentemente de que deje o no existir la iniciativa privada en este campo) la *tarea completa* de la sanidad y *para todos* los ciudadanos, por el mero hecho de serlo.

Por esto se postula como fundamental la unificación de la acción preventiva, curativa y rehabilitadora y se propugna el funcionamiento armónico de todo el conjunto. Y ello por numerosas razones, entre las que solamente citaré:

Razones técnicas:

- posibilitar la planificación del sector;
- costo de las instalaciones asistenciales;
- costo de los medicamentos;
- necesaria especialización médica;
- formación de equipos técnicos adecuados.

Razones sociales:

- hospitales abiertos a todos y no a una determinada clase (hospital abierto no debe confundirse con hospital gratuito, éste es un problema distinto);
- equitativa distribución social del progreso de las ciencias médicas.

Esta integración sanitaria en orden a la satisfacción del derecho a la salud de una forma completa y para todos, es una exigencia de principio. A título de ejemplo se puede decir que tal integración es ya una realidad en Inglaterra, URSS y otros países de Europa, donde la acción preventiva y curativa es una e indivisible, y donde todos los servicios que comporta la Sa-

nidad pública (tanto preventivos como asistenciales) tienen como objeto común la prevención, estando integrados en una Administración única. Indudablemente la formación del Servicio nacional de Sanidad es distinto en Rusia y Gran Bretaña. Sin embargo, en ambos casos se pone de relieve las nuevas tendencias que rompen con la organización de la salud pública. Junto a este concepto técnico de sanidad integral, desde el punto de vista administrativo, hay que configurar otro concepto algo más amplio que incluya determinadas acciones que indirectamente afectan al estado sanitario de un país. Concretamente las derivadas de la industrialización y la aglomeración urbana.

Se pone así de manifiesto un problema de organización administrativa, concretamente, cuáles deben ser las competencias en orden al medio ambiente, del órgano específico de la Sanidad pública, y cuáles las de aquellos que tutelan la defensa del medio ambiente. La solución puede ser que al órgano sanitario le competen aquellas acciones en situaciones que directamente implican deterioro de la salud humana (contaminación del aire y aguas urbanas). Sin embargo, debe actuar en estrecha coordinación con los órganos que adoptan las medidas generales relativas al medio ambiente.

En conclusión, es evidente que al establecer una reorganización de la acción administrativa sobre la salud habrá que tener en cuenta las nuevas orientaciones que la conciben como sanidad integral (para todos y sobre un amplio campo) e integrada (la prevención, promoción y asistencia), todo lo cual exige la unificación funcional.

3. TRASVASES DE COMPETENCIAS SANITARIAS.

Frente al problema de la concepción de la Sanidad es evidente que se puede situar, aunque aquél es previo, el problema de una organización administrativa adecuada. Partiendo también de la situación actual en nuestro país, vemos los posibles criterios para una reorganización competencial y, en su consecuencia, funcional. Es un problema de trasvases.

A) *A las Administraciones locales.*

Como fácilmente se deduce de las consideraciones contempladas en los apartados anteriores, las Administraciones locales en materia de Sanidad pública no deben tener la titularidad de competencias sanitarias, debido fundamentalmente:

- a la vasta organización que comporta el concepto de sanidad integral;
- al coste de las instalaciones;
- a la planificación de la acción sanitaria.

No cabe hablar en este campo de la necesidad de una descentralización a entes locales, sino por el contrario de una absorción por el Estado de las competencias que le tiene encomendadas a estos entes. Problema distinto es la ejecución de las actividades sanitarias, a las cuales sí es necesaria e imprescindible la colaboración de estos entes a través de acuerdos y convenios con el Estado.

B) *A las Administraciones institucionales.*

Cabe hablar de descentralización en este sentido y respecto de determinados centros asistenciales, a los cuales, y para imprimir a su gestión el sentido empresarial (no en sentido económico, sino como sinónimo de gestión eficaz), les es necesaria esta autonomía. Sobre este aspecto, más adelante se ampliarán las ideas.

C) *Entre órganos de la Administración central.*

La necesidad de la unificación de competencias a este nivel nace como exigencia de los argumentos dados para la no descentralización a entes locales (*a sensu contrario*).

También es necesario propugnar la necesidad de que estos órganos con competencia unificada, la tengan de una forma exclusiva y amplia, dadas las nuevas tareas asistenciales que se establecen respecto de la acción del Estado en materia de Sanidad pública.

La concentración es básica, pues lo que existe es una desconcentración asistemática. Por otra parte, el montar una acción sanitaria moderna así lo exige.

a) *Estructura en orden a las competencias del órgano de la Sanidad pública.*

Sería, pues, necesaria la creación de un nuevo Departamento ministerial, por el que tanto la doctrina administrativa como médica hace tiempo viene clamando. Este Departamento marcaría las líneas de la planificación sanitaria y controlaría toda la acción administrativa en este campo. Sus líneas generales de competencia serían:

Competencias en materia de sanidad ambiental:

Para la Organización Mundial de la Salud, «con un sistema adecuado de saneamiento desaparecerían las tres cuartas partes de las enfermedades que asolan al mundo». Estas líneas generales de competencia se centrarían, entre otras cuestiones, sobre problemas de: abastecimientos de agua potable; eliminación, tratamiento y depuración de aguas residuales y basuras; contaminación atmosférica; protección y control de las radiaciones ionizantes; higiene de las viviendas; eliminación de insectos y roedores vectores de enfermedad; saneamiento de los medios de transporte; saneamiento de animales vectores de enfermedad; higiene de los alimentos; exhumaciones e incineraciones; actividades molestas, insalubres, nocivas y peligrosas; higiene y seguridad en el trabajo.

Competencias en materia de prevención y curación sanitaria:

Hoy el campo de la prevención se ha ensanchado y abarca no sólo las enfermedades agudas no infecciosas, sino también los accidentes y las situaciones crónicas.

La política y programación hospitalaria y farmacéutica serían uno de los contenidos fundamentales de este campo.

Competencias en materia de actividades de promoción de la salud individual y colectiva:

Así entre otros serían: protección maternal e infantil; servicios de higiene escolar; medicina deportiva y educación física; alimentación y nutrición; salud mental; educación sanitaria; higiene profesional; gerocultura.

Competencias en materia de coordinación, organización y control sanitario:

Se centraría en: estadísticas demográficas y sanitarias; formación y perfeccionamiento de personal; investigación médica, básica y aplicada (con Universidades); control de las actividades sanitarias privadas (seguros médicos, profesionales, etc.); convenios y contratos con entes locales y con otros organismos, de ejecución de aspectos de los programas sanitarios.

b) *Posibilidades de descentralización.*

Todo este amplio campo se nutriría de una acción administrativa de policía, fomento y servicio público sanitario, triple forma de actuar estas competencias. Respecto a los servicios públicos sanitarios, es precisamente sobre los que cabe una posible descentralización mediante la creación de entes institucionales que los gestionaran. Serían los Centros hospitalarios.

Estos Centros hospitalarios gestores de los servicios públicos sanitarios serían de dos tipos:

Centros hospitalarios generales, situados con arreglo a criterios de rentabilidad y coste. Gestionarían los servicios públicos de asistencia sanitaria de forma completa y para todos los ciudadanos. Esto no quiere decir que fuesen gratuitos, sino que el acceso a ellos y la prestación de los servicios sería automática. Posteriormente el pago lo realizaría el mismo ciudadano, su entidad aseguradora, la Seguridad Social, la Beneficencia, el Ejército, etc.

Su base territorial no es problema, pudiéndose adaptar a cualquier estructura (Provincias, Regiones, etc.), ya que lo fundamental es su dimensión, en orden a la eficacia.

La tutela de estos Centros se encomendaría a las Entidades locales y por otra parte sus órganos rectores tendrían la cooperación de las Entidades locales sobre las que proporcionara las prestaciones sanitarias, realizando de este modo una gestión participada.

Centros hospitalarios especiales, que gestionarían, bajo las mismas líneas de los anteriores, la asistencia completa y para todos respecto de determinadas enfermedades que por su entidad requieran una atención especializada (lepra, tuberculosis, poliomiélitis, etc.); su situación sería en aquellas zonas geográficas que bien por su características (aguas, situación, etc.) o bien por su proximidad a lugares propicios a determinadas enfermedades (cuencas mineras por ejemplo), fueran más adecuados. Respecto a estos Centros, y para su instalación, habría que tener muy en cuenta la política de centros especiales de la Comunidad Económica Europea, que los están distribuyendo por todos los países que la componen, según el lugar sea más apto para la cura de determinadas enfermedades. La situación y la especialidad de los españoles deberá tener en cuenta esta circunstancia, ante nuestra posible integración en la Comunidad.

IV. CONCLUSIONES

1.^a La situación de la distribución de competencias en materia de Sanidad pública en España es asistemática y confusa, produciéndose en consecuencia una acción administrativa en esta materia llena de lagunas, reiteraciones e ineficacias.

2.^a Pero no sólo la acción sanitaria es deficiente por lo anterior, sino también porque responde a un concepto liberal de la actividad estatal, basándose, pues, en el principio de subsidiariedad.

3.^a Teniendo en cuenta esto y los nuevos conceptos de la salud pública (sanidad integral) que requieren del Estado el mantenimiento de la salud de forma total y para todos, la Sanidad pública española necesita una profunda reestructuración en dos aspectos:

— en su organización: mediante la creación de un órgano

- estatal único que reúna todas las competencias en esta materia;
- en su contenido: prestando la asistencia sanitaria que postula el derecho a la salud de todo hombre, y haciéndolo sin discriminaciones.
- 4.^a Respecto a las posibilidades de descentralización, para la mayor eficacia de estos servicios:
- no se considera necesaria a entes locales, por razones fundamentalmente técnicas (programación sanitaria, costes y rendimiento de estos servicios, etc.). Se considera en cambio imprescindible su colaboración en la ejecución de la política sanitaria, mediante acuerdos con el Estado;
 - se considera posible respecto de entes institucionales que gestionen servicios públicos sanitarios (hospitales generales y especiales), y que a su vez estén gobernados con profunda participación de los entes locales sobre los que ejercen su actividad.
- 5.^a En definitiva y respondiendo a la cuestión expuesta en el planteamiento, la actual organización de la Sanidad pública española es inhábil para actuar en el derecho a la salud que se reconoce como constitucional en la mayoría de los países del mundo, incluidas nuestras Leyes Fundamentales.

V. BIBLIOGRAFIA UTILIZADA

- ALBI, F.: *La crisis del municipalismo*, Instituto de Estudios de Administración Local, Madrid, 1966.
- ALONSO OLEA: *Instituciones de la Seguridad Social*, Madrid, 1967.
- ARAGÓ, I.: *Integración hospitalaria y sanitaria*, Ariel, 1969.
- ASOCIACIÓN PARA EL PROGRESO HOSPITALARIO DEL DISTRITO UNIVERSITARIO DE BARCELONA: *Hospitales regionales*, Barcelona, 1970.
- BRAVO MORATE: *La medicina actual*.
- COMISIÓN DE ESTUDIOS DE LOS HOSPITALES DE MADRID: «Informe general sobre Hospitales», *Revista de Sanidad e Higiene*, julio-septiembre 1961.
- FERNÁNDEZ PERNIA: *Policia sanitaria*, I Curso Diplomados Ministerio de la Gobernación, Escuela Nacional de Administración Pública, Alcalá de Henares, 1960.
- FOESSA: *Informe 1970*.
- GARCÍA ORCOYEN, J.: *Aspectos de la Sanidad española en los últimos veinticinco años*, Instituto de Estudios Políticos, Madrid, 1962.
- GUAITA, A.: *Derecho administrativo especial*, tomo IV, Zaragoza, 1965.

- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA: *La salud en España*, Madrid, 1962.
- LAMAS, E.: «Administración económica y dinámica de la salud pública», *Revista de Administración Pública*, Buenos Aires, 1963.
- MARTÍN GONZÁLEZ, M.: «Organización de la Dirección General de Sanidad», *Boletín de Documentación de la Secretaría General Técnica del Ministerio de la Gobernación*, Mayo-junio-julio 1969.
- *Sanidad pública, concepto y encuadramiento*, Colección de Estudios, Ministerio de la Gobernación, núm. 12, Madrid, 1970.
- MARTÍN MATEO: *Guía de actividades públicas asistenciales*, Colección Documentos Ministerio de la Gobernación.
- MARTÍN-RETORTILLO: *Ley de Régimen local*, Aguilar, 1958.
- MARQUÉS CARBÓ: *Ley de Bases de la Sanidad nacional*.
- MINISTERIO DE TRABAJO: *Inversiones sociales*, 1971.
- MORELL OCAÑA, L.: «La evolución y configuración actual de la actividad administrativa sanitaria», *Revista de Administración Pública*, núm. 63.
- MOUCHAN-BEUCHANT, Jacques: *La salud en el mundo*, Oikos-tau, 1970.
- OFICINA DE INFORMACIÓN DIPLOMÁTICA: *Labor sanitaria provincial y rural*, 1955.
- ORTIZ DÍAZ: «Hacia una ordenación de la Sanidad pública española; el problema hospitalario», *Revista de Administración Pública*, núm. 51, 1966.
- OTERO AENLLE, E.: *Sanidad y desarrollo*, Salamanca, 1963.
- Plan de Desarrollo, I y II, Anexos Sanidad.*
- Plan de Desarrollo Económico y Social, III*, 1972.
- ROMERO, J.: *Sanidad nacional. Organización y funciones*, I Curso Diplomados Ministerio de la Gobernación, Escuela Nacional de Administración Pública, 1960.
- SANZ BOLXNEU: «La Ley de Hospitales como ley de coordinación», *Documentación Administrativa*, núm. 106.
- SERICÓ SEGARRA y PORRAS ORUE: *La planificación de la asistencia hospitalaria en España*, Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica, 1966.
- VILALTA FARGAS, R.: *Servicios de Sanidad*. Curso Habilitación XII Promoción Secretarios de Primera Categoría, Instituto de Estudios de Administración Local, 1970.
- YUSTE CRIJALVA: «Urbanismo y salud pública», *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, enero 1966.
- ZAPATERO VILLALONGA: «Problemas sanitarios urbanos», *Documentación Administrativa*, núm. 114.

