

Situación competencial de la Administración local en materia sanitaria a comienzos del siglo XXI

María Dolores Calvo Sánchez
Profesora de Derecho Sanitario
Universidad de Salamanca

La salud es uno de los bienes más preciados por el ciudadano y por ello debe constituir una de las mayores preocupaciones del gestor público; otorgar protección desde las Administraciones Públicas sobre esta materia viene siendo una necesidad de primer orden, por cuanto la Constitución Española declara como principio rector de la política social y económica el reconocimiento del derecho a la protección de la salud, estableciendo la competencia sobre los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios ¹.

El mandato constitucional se cristaliza a través de la existencia de un nutrido marco normativo de materia sanitaria de ámbito nacional, autonómico y local, cuyas prestaciones y competencias se hallan perfectamente tipificadas por el legislador, en un claro intento de servicio y protección necesaria al ciudadano y de una utilización correcta de los recursos existentes.

La promulgación de la Ley 14/1986, General de Sanidad, en clara respuesta al legislador constitucional, sin duda constituye la referencia normativa por excelencia del actual Sistema Nacional de Salud (S.N.S.), podemos afirmar sin temor a equivocarnos, que existe un antes de y un después de la Ley 14/1986, al implantar un nuevo sistema nacido con clara referencia anglosajona ², donde su característica esencial está conformada por la cobertura asistencial universal como derecho cívico, presidido por valores como la dignidad humana, la equidad, la solidaridad y ética profesional.

Este S.N.S., consolidado en nuestra nación, cuenta con una financiación suficiente vía impuestos, macro-económicamente eficiente (7,1%

¹ Art. 43 C.E. «1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud. 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios...».

² Sistema Beveridge. Beveridge Report, «Social Insurance and allied Services».

P.I.B.), una provisión integrada y pública de protección-promoción de la salud razonable y una descentralización competencial a favor de las Comunidades Autónomas recientemente culminada.

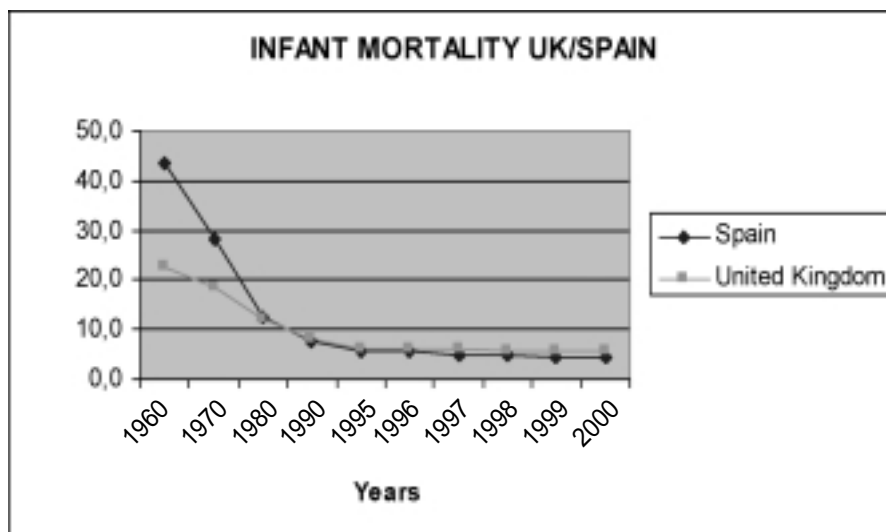
La viabilidad y pertinencia del S.N.S., donde la máxima viene siendo «todo para todos», se hallan suficientemente avaladas por los resultados obtenidos tras 17 años instaurado el Sistema, en claro análisis comparativo con otros Sistemas de Salud tradicionalmente reconocidos (cuadro I),

Cuadro I.- Sistemas de Salud: Evaluación y Comparación

	PIB \$PPC /cáp	Gasto PubTot % PBI	GST % PBI	GTS \$PPP /cáp	GSP % GST	Mort.inf /1.000
Alemania	23.616	48,5	10,5	2.325	75,3	4,70
Francia	22.465	53,3	9,6	2.003	76,4	4,70
España	18.162	40,2	7,1	1.154	76,9	5,00
Reino Unido	22.459	38,6	7,0	1.406	84,2	5,70
Suecia	21.930	62,7	8,4	1.712	83,8	3,60
Canada	25.428	41,9	9,5	2.185	69,6	5,50
Est. Unidos	31.935	31,9	13,7	3.998	44,2	7,20
México	8.052		4,7	356	60,0	15,80

ECO-SALUD OCDE 2000, 1999 y últimos años disponibles.

Cuadro II.- Estado salud

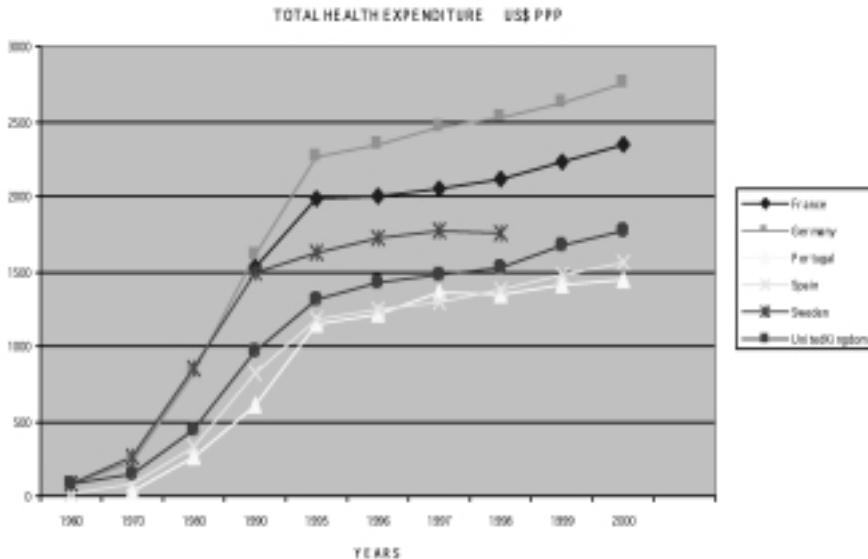


**Cuadro III.- Satisfacción con los servicios de salud
en la Unión Europea**

Country	Runs quite well (%)	Minor changes needed (%)	Fundamental changes needed (%)	Rebuild it completely (%)	Other (%)
Austria	40.2	33.5	18.0	3.3	5.0
Belgium	41.7	34.0	16.5	2.9	4.9
France	25.6	40.9	24.6	5.0	3.9
Germany	36.9	38.5	16.7	2.2	5.7
Netherlands	31.0	46.0	17.6	3.5	1.9
Italy	3.4	15.1	43.8	33.1	4.5
Denmark	54.4	37.2	5.7	1.8	1.0
Finland	38.9	51.6	7.7	0.6	1.2
Portugal	3.6	19.4	38.3	31.8	6.9
Spain	14.1	30.4	34.0	13.5	7.9
Sweden	28.5	44.1	21.8	3.4	2.2
United Kingdom	14.6	27.4	42.0	14.0	2.0

Source: Mossialos, E. (1997) «Citizens' view on health systems in the 15 Member states of the European Union», Health Economics, Vol. 6, 109-116 and Eurobarometer survey. OECD Health Data 99, OECD, Paris, 1999.

Cuadro IV.- Total gasto sanitario



Toda vez que los datos nos hacen reconocer que el Sistema Sanitario actual español es el conveniente para garantizar las obligaciones de las Administraciones Públicas en la materia sanitaria y que goza de confianza para sus administrados, trataremos sobre la organización de la sanidad en la actualidad, tras el reciente traspaso competencial de la asistencia sanitaria y farmacéutica desde la Administración Central a los Servicios Regionales de Salud y de la repercusión inevitable sobre las Corporaciones Locales.

El legislador constitucional nuevamente nos sitúa a través de su artículo 2 CE, que viene a reconocer y garantizar como derecho fundamental la autonomía de las nacionalidades y regiones que la integran y la solidaridad entre todas ellas, dedicando el capítulo tercero del título octavo a la materia autonómica.

La lectura del artículo 148 CE nos va a indicar aquellas competencias que podrán asumir las Comunidades Autónomas que conforman el Estado, siendo la Sanidad e Higiene una de las materias recogidas³, igualmente el artículo 149 CE reserva para el Estado aquellas competencias que por su especial relevancia van a ser exclusivas del Gobierno Central, recogándose «La sanidad exterior. Bases y coordinación sobre sanidad. Legislación sobre productos farmacéuticos»⁴ y «la Legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas»⁵.

Por otro lado, las Comunidades Autónomas se organizan legislativamente a través de la promulgación de sus respectivos Estatutos de Autonomía, constituyendo ésta la norma básica para su ordenación. El devenir del tiempo propicia el desarrollo institucional y la ampliación del techo competencial autonómico, favoreciendo la adaptación del primitivo texto estatutario a las circunstancias actuales a través de las preceptivas leyes orgánicas para la reforma, modificaciones que inciden de forma importante en los títulos competenciales y a las nuevas atribuciones asumidas por la Comunidad Autónoma, como es el caso sanitario que nos ocupa.

Claro ejemplo existe referente a la Comunidad Autónoma de Castilla y León, promulgando en los artículos 34 y 36 de su Estatuto de Autonomía⁶ como competencia de desarrollo normativo y de ejecución:

³ Art. 148, párrafo 21 C.E.

⁴ Art. 149, párrafo 16 C.E.

⁵ Art. 149, párrafo 17 C.E.

⁶ Estatuto de Autonomía de la Junta de Castilla y León, L.O. 4/1983, de 25 de febrero y sus reformas al Estatuto mediante L.O. 11/1994, de 24 de marzo y L.O. 4/1999, de 8 de enero.

«Art. 34,1.^a Sanidad e Higiene. Promoción, prevención y restauración de la salud.

2.^a Coordinación Hospitalaria.

Art. 36, 7.^a Productos farmacéuticos.

12.^a Gestión de la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social, excepto la alta inspección reservada en exclusiva para el Estado».

Igualmente el R.D. 1956/1983, de 29 de junio, determina las normas y procedimientos a los que han de ajustarse los traspasos de funciones y servicios del Estado a la Comunidad y sobre esta base jurídica surge el mapa de la sanidad transferencial (cuadro V), comenzando la andadura en 1984 las Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Galicia, seguidas en el año 1991 por Canarias, Navarra, País Vasco y Valencia, cerrando el traspaso competencial en diciembre de 2001 al resto de la Comunidades Autónomas, entre ellas la de Castilla y León, debiéndose considerar éstas como transferencias impuestas, por no haberse otorgado a instancia de parte.

Pero estas transferencias pueden definirse como inacabadas, por cuanto en Ceuta y Melilla no se ha realizado el traspaso competencial, siguiendo su dependencia sanitaria de la Administración Central a través del Ministerio de Sanidad y Consumo y, más concretamente, del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, creado en la última reforma ministerial para tal efecto.

El traspaso de funciones y servicios sanitarios del Insalud a Castilla y León comenzó a finales del año 2000 creándose la preceptiva Comisión Mixta de Transferencia, formada por el Ministerio de Administraciones Públicas, el Ministerio de Sanidad y Consumo, el Ministerio de Economía y Hacienda y la Junta de Castilla y León, cuyas funciones eran pactar las condiciones del traspaso de competencias.

En enero del año 2001, la Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Castilla y León crea una Comisión Científica, compuesta por personal experto en materia sanitaria, tanto de la Consejería de Sanidad como del Insalud destinado en las nueve provincias que conforman la Autonomía, al fin de poder detectar las posibles colisiones entre ambas Instituciones y su subsanación, propiciando con ello el traspaso pacífico y no traumático para ninguno de los sectores afectados por las transferencias sanitarias.

Cuadro V.- Mapa Transferencias Sanitarias

Andalucía 1984
 Cataluña 1984
 Galicia 1984
 Canarias 1991
 Navarra 1991
 País Vasco 1991
 Valencia 1991
 Resto CCAA 2001
 Ceuta y Melilla
 (M.º Sanidad y
 Consumo I.N.G.S.)



Culminando el proceso de transferencias sanitarias a través del R.D. 1480/2001, de 27 de diciembre, *B.O.E.* n.º 311 de 28-12-2001, con efectividad de 1 de enero de 2002, a través del cual se asumen los siguientes servicios y funciones que venía gestionando el Insalud en la Junta de Castilla y León:

- * Sanitarias y administrativas de centros y establecimientos sanitarios, asistenciales y administrativas de la Seguridad Social.
- * Los desarrollados por el Ministerio y Direcciones territoriales y provinciales del Insalud.
- * Elaboración, ejecución y gestión de los planes de inversión en este ámbito.
- * Gestión íntegra de los conciertos con entidades e instituciones.
- * Creación, transformación, ampliación, clasificación y supresión de establecimientos.
- * Inspección y gestión de Servicios Sanitarios.
- * Planificación, organización y evaluación sanitaria.
- * Tutela sobre fundaciones sanitarias.

La pretensión descentralizadora realizada deberá seguir manteniendo los principios y criterios sustantivos sobre la integridad del Sistema Sanitario, los derechos sanitarios de los ciudadanos ⁷, independientemente de su ubicación geográfica y la universalidad de la asistencia, potenciando al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) ⁸ sus funciones como garante de coordinación y planificación sanitaria.

Los Servicios Sanitarios Locales tras la promulgación de la Ley 14/1986, General de Sanidad, ceden sus competencias sanitarias que tradicionalmente venían dispensando y cuya gestión no era del todo adecuada al momento, a favor de la concentración responsable de la materia sanitaria sobre los Comunidades Autónomas, debiendo estas Autonomías conforme a la literalidad de la Ley ⁹ «tener en cuenta las responsabilidades y competencias de las provincias, municipios y demás Administraciones Territoriales Intracomunitarias, de acuerdo con lo establecido en los Estatutos de Autonomía, la Ley de Régimen Local y en la presente Ley».

Responsabilidad que ha sido paulatinamente asumida por los Servicios Regionales de Salud no de manera absoluta, ya que se ha compensado a las Corporaciones Locales con el derecho a la participación efectiva sobre el control y en la gestión de las Áreas de Salud (pieza básica estructural del Sistema Sanitario), que se concreta con las incorporaciones de representantes de las mismas en los principales órganos colegiados de dirección del Área de Salud: el Consejo de Salud de Área y el Consejo de Dirección de Área.

Los Consejos de Salud de Área son órganos colegiados de participación comunitaria para la consulta y seguimiento de la gestión, constituidos en un 50% de sus miembros por representación ciudadana, un 25% organizaciones sindicales y un 25% por la Administración Sanitaria del Área, con la posibilidad de crear órganos de participación de carácter sectorial al fin de darle operatividad y viabilidad pragmática al mandato legislativo. Son funciones del Consejo de Salud a tenor de la Ley General de Sanidad:

- a) Verificar la adecuación de las actuaciones en el Área de Salud a las normas y directrices de la política sanitaria y económica.
- b) Orientar las directrices sanitarias del Área, a cuyo efecto podrán elevar mociones e informes a los órganos de dirección.

⁷ Recientemente reformados por la Ley 41/2002, de 16 de noviembre, sobre información y documentación clínica.

⁸ Creado por la Ley General de Sanidad de 1986.

⁹ Art. 42 de la Ley General de Sanidad de 25 de abril.

- c) Proponer medidas a desarrollar en el Área, para estudiar los problemas sanitarios específicos de la misma, así como sus prioridades.
- d) Promover la participación comunitaria en el seno del Área de Salud.
- e) Conocer e informar el anteproyecto del Plan de Salud del Área y de sus adaptaciones anuales.
- f) Conocer e informar la Memoria anual del Área de Salud.

Otro órgano donde las Corporaciones Locales participan activamente a través de los miembros elegidos del Consejo de Salud, son los Consejos de Dirección del Área de Salud, donde se formulan las directrices en materia de política de salud y se controla la gestión del Área, dentro de las normas y programas generales establecidos por la Administración autonómica. Su composición mayoritaria en un 60% recae sobre la representación de la Comunidad Autónoma; son sus funciones conforme a la Ley General de Sanidad:

- a) La propuesta de nombramiento y cese del Gerente de Área de Salud.
- b) La aprobación del proyecto del Plan de Salud de Área.
- c) La aprobación de la memoria anual del Área de Salud.
- d) El establecimiento de los criterios generales de coordinación en el Área de Salud.
- e) La aprobación de las necesidades específicas del Área de Salud.
- f) La aprobación del anteproyecto y de los ajustes anuales del Plan de Salud del Área.
- g) La elaboración del Reglamento del Consejo de Dirección y del Consejo de Salud del Área, dentro de las directrices generales que establezca la Comunidad Autónoma.

De acuerdo con lo establecido en la Legislación de Ordenación Autonómica y tomando como base nuevamente a la de la Comunidad Autónoma de Castilla y León a través de su Ley 1/1993, de 6 de abril, a la Administración Local en materia sanitaria le compete:

1. En materia de Salud Pública: el control sanitario del Medio Ambiente (contaminación atmosférica, abastecimiento de aguas, saneamiento de aguas residuales, residuos urbanos e industriales);

el control sanitario de industrias, actividades y servicios, transportes, ruidos y vibraciones; el control sanitario de edificios y lugares de vivienda y convivencia humana, especialmente de centros de alimentación, peluquerías, saunas y centros de higiene personal, hoteles y centros residenciales, escuelas, campamentos turísticos y áreas de actividad física, deportiva y de recreo; el control sanitario de la distribución y suministro de alimentos, bebidas y demás productos directa o indirectamente relacionados con el uso o consumo humano, así como los medios de transporte; el control sanitario de los cementerios y policía sanitaria mortuoria: el desarrollo de programas de promoción de la salud, educación sanitaria y protección de grupos sociales con riesgos específicos; conservación y mantenimiento de los consultorios locales.

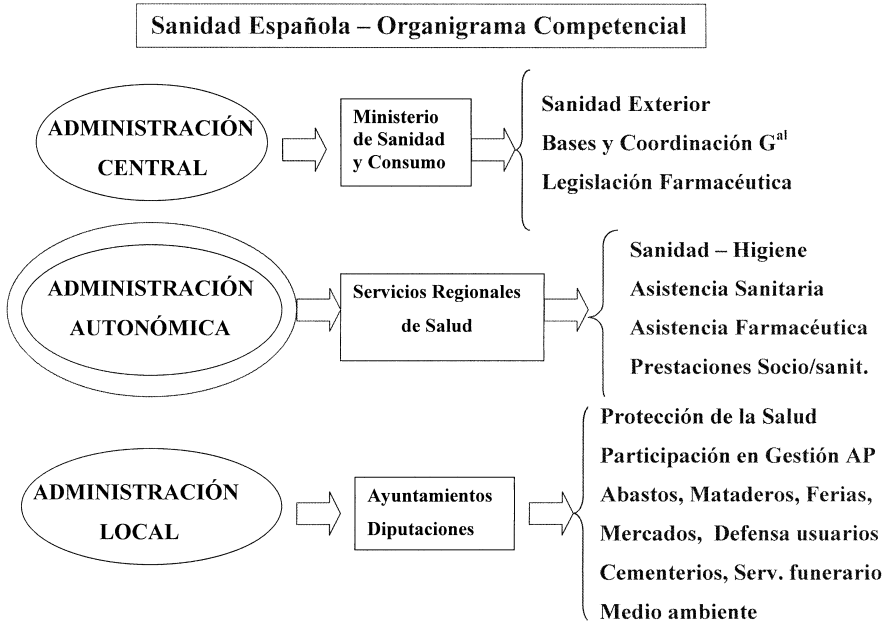
2. Participación con los Consejos de Salud y Dirección del Área de Salud.
3. La Comunidad Autónoma podrá delegar funciones a la Administración Local en esta materia, a través de la Ley reguladora de las Relaciones entre Comunidad Autónoma y las Corporaciones Locales.
4. El personal técnico sanitario del Sistema de Salud podrá prestar ayuda para la consecución de las competencias, previa petición de la Corporación Local, gozando de la consideración de personal al servicio del Ayuntamiento con el correspondiente grado de responsabilidad personal y patrimonial inherente a las funciones desarrolladas.
5. En los municipios superiores a 20.000 habitantes se constituye el Consejo de Cooperación, órgano paritario formado por la CA y el Ayuntamiento, cuyo objetivo es la coordinación en materia de Salud Pública y Educación Sanitaria ¹⁰.

Las competencias de las Administraciones Locales se ven reforzadas por la potestad reglamentaria, siendo su tendencia actual la consistente al desarrollo de la protección de la Salud de sus ciudadanos, incluyendo la formación entre sus objetivos, la gestión mas directa sobre temas de Atención primaria, implicándose a través de convenios de colaboración tales

¹⁰ En el Consejo de Cooperación igualmente son tratados todos los temas competenciales y coincidentes entre la CA y el Ayuntamiento al fin de establecer cooperación y evitar duplicidades.

como dar cobertura en las urgencias/emergencias surgidas en la calle, cesión de terrenos y conservación de consultorios sanitarios, prevención sanitaria y laboral ¹¹ ...

Sanidad Española - Organigrama Competencial



Básicamente el organigrama competencial recoge las tres escalas de competencias sanitarias existentes en nuestras Administraciones Públicas, quedando claramente definido que la concentración de responsabilidad, presupuesto y contenido prestacional en materia sanitaria, la ostenta la Administración autonómica.

El futuro de las Corporaciones Locales ¹² se presenta como prometedor, por cuanto el mantenimiento y superación del nivel de bienestar deberá ser una constante presente de todas las administraciones públicas en la parte alícuota que a cada una le corresponda, debiendo estar bien atento a lo que los expertos vienen aconsejando sobre la búsqueda de la calidad, prevención y promoción de la salud a través de políticas de amplio consenso

¹¹ A tenor de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales

¹² «Las reformas de la administración sanitaria en España», M. OÑORBE DE LA TORRE, *Revista de Administración Sanitaria*, Volumen VI, n.º 17, enero 2001.

social, basadas en la evidencia, continuamente evaluadas y con una distribución transparente y equitativa hacia la población.

A priori deberemos tener presentes las preferencias de los ciudadanos ante la toma de decisiones, el contenido de la asistencia, la calidad de los servicios, la gestión de listas de espera, el manejo de reclamaciones, la capacidad de elección e información del ciudadano.

El mañana va encaminado a la redefinición de la prestación sanitaria¹³ con gran protagonismo de las Administraciones Locales (asumiendo el papel que la Autonomía venía teniendo antes de las transferencias sanitarias), potenciando el cuidado informal, es decir, potenciando el cuidado familiar, el auto cuidado, las redes de cooperación institucionales y profesionales, junto a la instauración de nuevas estrategias distributivas, reorientar los recursos humanos hacia equipos multidisciplinares con clara misión de promoción y prevención de la salud e implicación de los profesionales en la eficiencia.

Sin duda habrá que reforzar la gestión de la Salud Pública dotándola de mayor autonomía, potenciando las capacidades individuales para liderar, negociar y comunicar. Aprender de la experiencia, promoviendo el intercambio y fomentando las iniciativas desde el respeto a las diferencias culturales.

Concluir desde el convencimiento de que las Administraciones Locales van a ser verdaderos protagonistas del cambio conceptual de las prestaciones sanitarias, porque poseen las cualidades necesarias para dar respuesta al reto del nuevo siglo desde la cercanía que les caracteriza, si bien finalizamos haciendo eco del pensamiento del genial humorista Quino, que a través de su famoso personaje Mafalda nos hace reflexionar y ser conscientes de la realidad: «¿Pensaron alguna vez que si no fuera por todos, nadie sería nada?».

¹³ Reformas sanitarias en Europa, Carta de Ljubljana, Eslovenia 1996, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1997.